

Elintapaohjauksen merkitys verisuoni- sairauksien ehkäisyssä

Kirjallisuuskatsaus

Satu Fellermyer

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sairaanhoitaja (AMK), hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Fellermayer, Satu	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 03.04.2017
	Sivumäärä 51	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Elämäntapaohjauksen merkitys verisuonisairauksien ehkäisyssä Kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Lehto Siru, Kuukkanen Tiina		
Toimeksiantaja(t) -		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Verisuonisairauksia on Suomessa ja maailmanlaajuisesti runsaasti ja niihin vaikuttavat suuresti elämäntavat. Valtimosairauksilla on suuri merkitys kuolleisuuden kannalta ja ne ovat valtava kustannuserä suomalaisessa terveydenhuollossa, mutta myös muualla maailmassa. Elintavoilla voidaan vaikuttaa verisuonisairauksien syntyyn, eritoten valtimosairauksien ehkäiseminen on tärkeää. Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään valtimosairauksiin.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jonka tavoitteena oli kerätä tietoa elintapaohjauksista ja miten niillä on pystytty vaikuttamaan verisuonisairauksien ehkäisyyn. Tavoitteena oli kerätä tietoa, jota voisi hyödyntää elintapaohjauksessa ja käyttää perusteluna potilasohjaustilanteissa. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kuusi artikkelia, jotka analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Tietoa haettiin kolmesta eri tietokannasta jotka ovat Medic, Cinahl Ebsco ja PubMed.</p> <p>Laadukasta ja vaikuttavaa elintapaohjausta voi antaa joko ryhmäohjauksena tai yksilöohjauksena, mutta sen on huomioitava yksilöt myös ryhmätilanteissa. Motivointi ja potilaan osallistaminen tavoitteiden asettamisessa ja ohjaustilanteissa on tärkeää muistaa ohjausta annettaessa. Moniammatillinen yhteistyö on hyvä muistaa ja elintapaohjausta toteuttavan ammattilaisen koulutus ja tiedon ajantasaisuus. Potilaalle olisi hyvä kertoa verisuonisairauksien riskitekijöistä ja kertoa tavoitearvot mihin muutoksilla pyritään. Ohjauksessa on syytä käsitellä kaikkia elintapoja ja niiden vaikutuksia kuten ravinto, tupakointi, alkoholin käyttö ja liikunta ja myös mahdolliset psyykkiset tekijät.</p> <p>Jatkotutkimuksia voisi tehdä median vaikutuksesta ihmisten terveystietoisuuteen ja ihmisten osaamisesta hakea tietoa mahdollisista elintapojen vaikutuksesta kriittisesti. Myös vaikuttaako itse hankittu tieto kyseenalaistavasti ammattilaisen antamaan informaatioon.</p>		
Avainsanat (asiasanat) verisuonisairaudet, elintapaohjaus, kirjallisuuskatsaus, elämäntavat		
Muut tiedot		

Author(s) Fellermayer, Satu	Type of publication Bachelor's thesis	Date 03.04.2017
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 51	Permission for web publication: x
Title of publication The significance of lifestyle counselling in prevention of cardiovascular disease Literature review		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Supervisor(s) Lehto Siru, Kuukkanen Tiina		
Assigned by -		
<p>Abstract</p> <p>There are numerous cases of vascular diseases both in Finland and around the world, and they are greatly affected by lifestyle choices. Arterial diseases have a great significance in the numbers of deaths and they are a major cost element in the Finnish health care system, but also in other parts of the world. Lifestyle choices can have a significant impact on the development of vascular diseases, and especially preventing arterial diseases is important. In this review the focus was on arterial diseases.</p> <p>This thesis was implemented as a literature review with the purpose to find information on lifestyle counselling and how it can prevent vascular diseases. The aim was to collect information that could be used in lifestyle counselling and used as an argument in guidance situations. Six articles were selected for the review, and they were analysed by means of data-based content analysis. Information was searched from the Medline, CINAHL, Ebsco and PubMed databases. High-quality and influential lifestyle counselling can be given in a group or individual basis, but individual should also be considered groups. Motivating and encouraging the patients to participate in the goal setting and counselling situations is important to remember. It is also important to remember multi-professional collaboration as well as educating the counsellors and ensuring that their knowledge is up-to-date. Patients should be informed about all risk factors and they should be told about the target values that they are supposed to reach with the lifestyle changes. Counselling should include all the lifestyles that have an impact on health, such as nutrition, smoking, alcohol use, physical inactivity and mental factors. Further studies could focus on the media's impact on people's lifestyle choices and their ability to look for information critically. It would also be useful to know if self-acquired information leads to undermining professional counselling.</p>		
Keywords/tags (subjects)		
vascular disease, lifestyle counselling, literature review, lifestyle		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
1.1	Verisuonisairaudet	4
1.2	Verisuonisairauksien yleisyys	5
1.3	Verenpaine ja kolesteroli	6
2	Elintavat	7
2.1	Ruokavalion terveysvaikutukset.....	7
2.2	Liikunnan terveysvaikutukset.....	9
2.3	Alkoholin käyttö ja sen terveysvaikutukset.....	11
2.4	Tupakointi ja sen terveysvaikutukset	13
3	Elintapaohjaus.....	16
3.1	Terveiden edistäminen ja terveystalvelut	16
3.2	Ravitsemusohjaus.....	17
3.3	Liikuntaan ohjaus.....	19
3.4	Tupakka ja alkoholi ohjaus	21
3.5	Elintapaohjauksen eri muotoja	26
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys	29
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	30
4.2	Tiedonhaku.....	31
4.3	Aineiston analyysi.....	33
5	Tulokset	34
5.1	Tutkimukset tiivistetysti	34
5.2	Vaikuttava elintapaohjaus.....	39
6	Pohdinta.....	41
6.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	41
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	43
6.3	Jatkotutkimusaiheet	44
	Lähteet	45

Liitteet	48
-----------------------	-----------

Liite 1. Haut tietokannoittain	48
--------------------------------------	----

Liite 2. Artikkelit.....	49
--------------------------	----

Kuviot

Kuvio 1. Tulokset	41
-------------------------	----

Taulukot

Taulukko 1. Sisäänottokriteerit	32
---------------------------------------	----

1 Johdanto

Globaalisti johtaviksi kuolinsyyn aiheuttajiksi on viimeisten vuosien aikana nousseet krooniset sairaudet kuten sydän- ja verisuonisairaudet ja niistä merkittävimmät ovat sepelvaltimotauti ja aivoverenkiertohäiriöt. Kaksi kolmesta kuolemasta on arvioitu johtuvan kroonisista sairauksista 2010-luvulla. Merkittävimmät verisuonisairauksien aiheuttajat vuonna 2010 olivat tupakointi, alkoholin käyttö ja korkea verenpaine. Tärkeimpänä toimenpiteenä globaalisti kuolettavien kroonisten tautien ehkäisyssä pidetään elintapoihin puuttumista, tupakoimattomuutta, ravinnon ja liikunnan oikeaa määrää, mutta myös muita elintapoihin liittyviä tekijöitä. (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen. 2013, 286-290.)

Elintavoilla on ihmisen terveydelle suuri merkitys. Monien sairauksien syntyyn ja etenemiseen voidaan vaikuttaa liikunnan, tupakoinnin ja alkoholin määrällä sekä ruokailutottumuksilla. Terveillä ruokailutottumuksilla voidaan estää esimerkiksi syöpiä ja sydäntauteja ja tupakoinnin lopettamisella voidaan ehkäistä jopa kymmenien sairauksien syntyminen. Terveet elintavat on hyvä oppia jo nuorena. Ajattelu kohtuudesta toimii esimerkiksi joidenkin mielestä alkoholin kohdalla, mutta myös liikunnan kohdalla. Tupakan kohdalla kuitenkin myös kohtuus tai jopa vähäinen käyttö on terveydelle haitallista ja sen vuoksi terveiden elintapojen omaksuminen jo nuorena on terveyden kannalta tärkeää. (Huttunen, J. 2015b.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, minkälainen merkitys erilaisella elintapaohjauksella on elintapoihin, joilla voidaan vaikuttaa verisuonisairauksien syntymisen ehkäisyyn.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa, jolla terveydenhuollon ammattilaiset voivat ennaltaehkäistä verisuonisairauksien syntymistä ohjaamalla potilaita elintapamuutoksiin. Tässä opinnäytetyössä on keskitytty verenpainetautiin ja valtimonkovettumatautiin. Hyvällä elintapaohjauksella voidaan parantaa riskiryhmään kuuluvien aikuisten mahdollisuutta parempaan elämänlaatuun ja terveempään elämään.

1.1 Verisuonisairaudet

Valtimonkovettumatauti, eli ateroskleroosi on valtimoiden etenevä sairaus, joka aiheuttaa muutoksia yleensä sepelvaltimoissa, aivovaltimoissa ja aortassa. Tauti aiheuttaa valtimoiden lihassolujen kasvun häiriintymistä ja lihakseen kertyy makrofaageja. Nämä poikkeukselliset lihassolut varastoivat helposti rasva-aineita ja kolesterolia. Alueelle alkaa pikkuhiljaa kertyä myös sidekudossoluja ja kalsiumsuoloja. Tällä tavoin valtimon seinämät alkavat hiljalleen paksuuntua, jolloin valtimon virtaus heikkenee, koska valtimon ontelo ahtautuu. Sepelvaltimotauti on nimenomaa valtimonkovettumataudin aiheuttama yleisin sydämen toimintahäiriö. Sydänlihaksen verensaannin heikkeneminen aiheuttaa oireilua yleensä vasta fyysisen rasituksen yhteydessä tai koettaessa voimakkaita tunteita. Oireina on yleensä kaulaan ja vasempaan käsi-varteeseen säteilevä kipu (angina pectoris). Äkilliset sepelvaltimotukokset, ihmisillä joilla yleensä on jo sepelvaltimoiden ahtaumaa johtavat yleensä sydänlihaksen kuolioon, eli sydäninfarktiin. Verenpuutealueen koko ja laajuus määrittävät eloonjäämismahdollisuudet. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2013, 312.)

Hypertensio, eli kohonnut valtimoverenpaine on erittäin yleinen sairaus. Korkea verenpaine kuormittaa sydäntä. Vähitellen hypertensio aiheuttaa sydämen vasemman kammion seinämän paksuuntumisen. Korkea verenpaine on haitallinen myös verisuonille ja pienten verisuonien repeämisvaara kasvaa, varsinkin jos samalla henkilöllä on ateroskleroosia. Erityisesti aivoverenvuoto, eli aivojen verisuonten repeäminen on erittäin kohtalokasta. Korkea verenpaine voi johtaa myös silmien verisuonten repeämiseen ja tällöin jopa sokeuttaa potilaan. Korkea verenpaine yhdessä ateroskroosin kanssa on erittäin huono yhdistelmä. Hypertensio voidaan todeta, jos verenpainearvot ovat joko yli 160/90mmHg (WHO) tai 140/90mmHg. Raja-arvoista ei olla täysin samaa mieltä. Kliinisesti merkittävämpi on diastolinen verenpaine. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2013, 289.)

Miehistä puolet ja naisista reilu kolmannes kärsii kohonneesta verenpaineesta. Kun suositetaan riittävää liikuntaa terveyden kannalta ja muistetaan verenpainelääkkeiden käyttö, on edelleen mahdollista alentaa verenpainetta. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 66-69.)

1.2 Verisuonisairauksien yleisyys

Vuonna 2013 reilu kolmannes kaikista suomalaisten kuolemista johtui verenkiertoelinten sairauksista. Yleisin verisuonisairaus, eli sepelvaltimotauti aiheutti noin yhden viidestä kuolemista. Työikäisistä miehistä suurin osa kuoli verenkiertoelinten sairauksiin eli noin yksi neljästä. Yleisin näistä verenkiertoelinten sairauksista oli edelleen sepelvaltimotauti. Kuitenkin tämän aiheuttama kuolleisuus on selkeästi vähentynyt. Työikäisistä naisista kuolemansyynä verenkiertoelimien sairaudet ovat vähentyneet. Naisista vuonna 2013 alle viidennes kuoli verenkiertoelinsairauksiin, kun luku oli parikymmentä vuotta takaperin selkeästi suurempi. Vuonna 2013 kuolleista ihmisistä neljä viidestä oli yli 65-vuotiaita. Verenkiertosairauksien osuus vanhemmalla sukupolvella on selkeästi korkeampi kuin työikäisillä. Yli 65-vuotiailla yleisin kuolinsyy on nimenomaa verenkiertoelinsairaudet ja nämä aiheuttivat jopa neljä kymmenestä kuolemasta. Verenkiertoelinten sairauksien merkitys kuolemansyyssä kasvaa iän myötä ja 65-74-vuotiaissa joka kolmas menehtyi niihin ja peräti puolet yli 90-vuotiaista. (1.Kuolemansyyt 2013.)

2000-luvun ensimmäisten kymmenen vuoden aikana verenkiertoelimien sairauksien esiintyvyys on vähentynyt. Eläkeikäisten joukossa verenkiertoelinten sairaudet ovat silti edelleen hyvin yleisiä. Yksi viidestä miehistä ja yksi kymmenestä naisista yli 75 vuotiaista oli sairastanut sydäninfarktin. Joka neljäs naisista sairasti sepelvaltimotautia ja yksi kolmesta miehistä myös. Sydämen vajaatoiminnan esiintyvyys oli lähes yhtä yleinen, kuin sepelvaltimotauti. Myös aivohalvauksen esiintyvyys on melko runsasta yksi kymmenestä miehistä ja naisista yksi kahdestatoista oli sairastanut aivoinfarktin. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 82-87.)

Työikäisillä aivohalvauksen esiintyvyys on hyvin harvinaista, kun taas sepelvaltimotautia esiintyy jo 55-64 vuotiaiden ryhmässä miehillä jo yhdellä kahdeksasta. Vuosien 2000-2011 välillä muutosta sairauksien esiintyvyydessä tapahtui positiiviseen suuntaan, kun sydäninfarktin esiintyvyys väheni noin kolmanneksella. Myös sydämen vajaatoiminnan esiintyvyys väheni, mutta aivohalvausten lukemissa ei juuri tapahtunut muutosta. Vuosien aikana hoidon kehittyminen ja sairauksien erilaisten vaaratekijöiden väheneminen on vaikuttanut sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttamia kuolemia. Hoidon kehittymisellä on se kääntöpuoli, että kun sairauden ennuste paranee,

se lisää esiintyvyyttä. Sepelvaltimotaudin ilmaantumisen pitkäaikainen laskeminen on vaarassa kääntyä jopa nousuun. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 82-87.)

1.3 Verenpaine ja kolesteroli

Suomalaisten verenpainetasot ovat alentuneet 2000-luvulla kokonaisuudessaan, vain alle 45-vuotiaiden verenpainetasot ovat näyttäneet pysyvän ennallaan tai aleneminen on hidastunut. Jo nuorten suomalaisten keskuudessa kohonnut verenpaine on melko yleistä, kun joka toisella 30 vuotta täyttäneillä on kohonnut verenpaine. Verenpainelääkkeistä näyttää olevan hyvin vastetta, kuitenkin yli puolella korkeasta verenpaineesta kärsivistä ei saavuta tavoitetasoaan. Verenkiertoelinten sairauksien kannalta suurimpia vaaratekijöitä on nimenomaa kohonnut verenpaine. Sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyn kannalta on olennaista saada verenpainetasot laskemaan ja ehkäistä verenpaineen kohoaminen alun perinkin. Sekä miehillä että naisilla verenpaineet kohoavat enenemissä määrin aina iän myötä. Kuitenkin vuoden 2000 tuloksiin verrattuna Terveys-2011 tutkimuksen mukaan verenpaineet ovat alentuneet. Erityisesti verenpainelääkkeiden tuloksellisuus on parantunut vuoden 2000 ja 2011 välisenä aikana, kun tavoiteverenpaine- arvoja saavuttaneita verrataan näiden kahden vuoden kanssa keskenään. Vuonna 2011 tämä määrä on kaksinkertaistunut, kun verrataan vuoteen 2000. Miehistä puolet ja naisista reilu kolmasosa kärsii kohoaneesta verenpaineesta edelleen. Kun suositaan ravitsemussuositusten mukaista ruokavaliota, keskitytään painonhallintaan, suositaan riittävää liikuntaa terveyden kannalta ja muistetaan verenpainelääkkeiden käyttö, on edelleen mahdollista alentaa verenpainetta kokonaisuudessaan. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 66-69.)

Terveelliset elintavat kuten kohtuullinen suolankäyttö, tupakoimattomuus ja säännöllinen liikunta voivat ehkäistä tai alentaa jo kohonnutta verenpainetta. Vähäsuolainen ruokavalio pienentää elimistön nestemäärää ja tällä tavoin laskee verenpainetta. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2013, 289.)

Koskisen, Lundqvistin ja Ristiluoman (2012, 70-73) mukaan kokonaiskolesterolipitoisuus seerumissa ylitti suositellun enimmäispitoisuuden (5mmol/l) reilusti yli puolella 30 vuotta täyttäneistä tutkimukseen osallistuneista suomalaisista. Myös haitallinen LDL-kolesteroli, joka on nimenomaa sydän- ja verisuonisairauksien kannalta tärkeä

huomioida, ylittyi yli puolelta samasta ikäryhmästä. Myönteistä kehitystä seerumin kolesterolien kokonaisarvoissa tapahtui hieman vuoden 2000 ja 2011 välisenä aikana ainoastaan varttuneemmassa ikäryhmässä (yli 55-vuotiaat). Kolesterolilääkkeiden käytön lisääntyminen näkyy tuloksissa. Kokonaisuudessaan vuodesta 1970 lähtien verenkiertoelimistön sairauksien kannalta haitalliset kolesterolitasot ovat parantuneet vuotta 2011 kohti. Edelleen kuitenkin seitsemän kymmenestä miehistä ja kuusi kymmenestä naisista kärsii edelleen vähintään yhdestä poikkeavasta veren lipidiarvosta. Vuosien 2007-2012 aikana tehdystä FINRISKI-tutkimuksesta on saatu jo vihjeitä pienestä kolesterolitasojen noususta. Positiivisen muutoksen taustalla on selkeästi ihmisten muuttuneiden ruokatottumuksien tulos. Kovien rasvojen sijaan on alettu nauttia pehmeitä rasvoja ja lääkehoitoa on tehostettu. (Koskinen ym. 2012.)

2 Elintavat

2.1 Ruokavalion terveysvaikutukset

Terveyttä edistävästä ja lukuisia sairauksien riskiä pienentävästä ruokavaliosta on paljon vakuuttavaa näyttöä. Hyvällä ravitsemuksella voidaan mahdollisesti ehkäistä aivoverenkiertohäiriöitä, sepelvaltimotautia, verenpaine-tautia, osteoporoosia, tyyppin 2 diabetesta, tiettyjä syöpiä, lihavuutta ja hammaskarieksen syntyä. Ravinnolla voidaan vaikuttaa myös ylipainoon ja sitä kautta esimerkiksi myös tuki- ja liikuntaelinsairauksien syntyyn. Ravitsemuksella on suuri merkitys jo ihmisen elämän alkutaipaleelta asti. Jo raskausaikana, imeväisiässä ja koko lapsuuden ajan voidaan vaikuttaa lapsen ruokailutottumuksiin ja ruokamieltymyksiin. Hyvän ravitsemuksen apuna voidaan käyttää ruokakolmiota ja lautasmallia. Terveellinen ja terveyttä edistävä ruokavalio sisältää runsaasti kasviksia, marjoja, täydyväviljoja ja pehmeitä rasvoja. Vältettäviä ruoka-aineita ovat kovat rasvat, sokerit ja punainen liha ja lihavalmistet. Ruokavaliossa kuitenkin kokonaisuus on se mikä ratkaisee, eivät yksittäiset suupalat. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 11-12.)

Leivän päällä käytettävien levitteiden käyttö vaihtelee aika ajoittain. Vuonna 2013 kasvisrasvalevitteen käyttö on hieman aikaisemmasta vähentynyt, sitä leivän päällä käytti noin puolet. Vain kaksi vuotta aikaisemmin luku oli reilusti yli puolet. Pääosin

voita leivän päällä käytti miehistä kuusi kymmenestä ja naisista puolet, kun taas voikasvisrasvasekoitetta miehistä noin kolmasosa ja naisista noin neljä kymmenestä. Vuonna 2013 tuoreita kasviksia päivittäin nauttivia miehistä oli reilu kolme kymmenestä ja puolet naisista. (Helldán ym. 2013, 16.)

Suomalaisten ruokailutottumukset ja ravitsemus ovat parantuneet merkittävästi sitten vuoden 1950. Kasvisten, marjojen ja hedelmien määrä on nelinkertaistunut suomalaisessa ruokapöydässä. Kasviksia syödään yhä enemmän 2000-luvulla, mutta edelleen yksittäisten ihmisten kasvisten saanti on liian vähäistä. Pitkällä aikavälillä viljojen syönti on vähentynyt ja tämä tarkoittaa kuitujen vähenemistä ruokavaliossa. Myös pienten lasten sokerinsaanti on yli suositusten ja aikuiset nauttivat myös liikaa sokeria. Lihan kulutus on yli kaksinkertainen 1950-lukuun verrattuna ja etenkin siipikarjan lihaa ja sianlihaa syödään runsaasti. Kalatuotteita nautitaan edelleen niukasti. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 13.)

Pitkällä aikavälillä nautitun rasvan laatu on parantunut, mutta kääntynyt kuitenkin viimeisten vuosien aikana taas pääläelleen. Ihmiset ovat alkaneet nauttia enemmän kovia rasvoja ja tämän odotetaan näkyvän sydän- ja verisuonisairauksien ilmenemisenä. Myös kolesterolitaso on noussut viimeisestä viiden vuoden takaisesta väestötutkimuksesta. Tämä selittyy ruokavalion muutoksilla. Myös suolan käyttö on pitkällä aikavälillä vähentynyt, mutta on sekin taas kääntynyt nousuun viimeisen väestötutkimuksen mukaan. Kaikissa ikäryhmissä on nähtävissä koulutustasoinen ero ruokailutottumuksissa. Näitä eroja pyritään kaventamaan joukkoruokailulla kuten päiväkodeissa, kouluissa, työpaikoilla ja muilla joukkoruokailu mahdollisuuksilla. Keskeinen ongelma suomalaisessa ruokakulttuurissa on rasvojen ja hiilihydraattien huono laatu. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 13.)

Lihavuuteen liittyvät sairaudet aiheuttavat terveydenhuollolle suoria ja epäsuoria kustannuksia. Liian vähäisen liikunnan merkityksestä, terveyden aiheuttamiin kustannuksiin on kuitenkin erittäin vähän tutkimuksia. Eri maiden tutkimuksissa terveydenhuollon kokonaiskustannuksista lihavuuden aiheuttamat kustannukset ovat kokonaisuudesta alle kymmenen prosenttia. (Kiiskinen ym. 2008, 42-43.)

Nautitun suolan määrä vaikuttaa ihmisen terveyteen. Ruokasuolasta melkein puolet on natriumia. Sitä on myös luontaisesti melkein jokaisessa elintarvikkeessa. Vähäinen natriumin saanti voi väestötutkimuksen mukaan suojata mahasyövältä, sydän- ja verisuonisairauksilta sekä kohonneelta verenpaineelta. Suolaa vähentämällä voidaan vaikuttaa tehokkaasti silloin kun verenpaine on lievästi koholla. Kuitenkin ruokavalion kokonaisuus on se mikä ratkaisee, ei pelkästään nautitun suolan määrä.

Verenpaineella ja suolan saannilla on tutkimuksen mukaan suora yhteys. Riittävä ja turvallinen määrä suola aikuisilla on puolitoista grammaa päivässä. Suolan saannin väestötason suositus maksimimäärästä on kuitenkin enintään viisi grammaa vuorokaudessa. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 29-30.)

Kasvisruokavaliolla on etua ihmisen kokonaisvaltaisen terveyden kannalta. On tutkittu että sydän- ja verisuonisairauksia, lihavuutta ja tyypin kaksi diabetesta esiintyy vähemmän kasvisruokavaliota noudattavilla kuin yleensä länsimaiden väestöllä. Kasvisruokavaliota nauttivilla on alhaisempi verenpaine, he elävät pidempään ja myös veren rasva-arvot ovat paremmat, kuin lihaa syöville. Yleensä kasvisruokailijat myös tupakoivat vähemmän ja liikkuvat enemmän kuin sekaravintoa syövät. Monipuolinen kasvisruokavalio koostuu yleensä muustakin kuin pelkästä salaattista. Se sisältää yleensä siemeniä, pähkinöitä, marjoja, hedelmiä, juureksia palkokasveja ja muita terveellisiä ruoka-aineita. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 32.)

2.2 Liikunnan terveysvaikutukset

Vuonna 2013 vapaa-ajan liikuntaa harrasti naisista ja miehistä reilu puolet. Ainakin puoli tuntia vähintään kaksi kertaa viikossa vapaa-ajan liikuntaa miehistä ja naisista harrasti seitsemän kymmenestä. Työmatkaliikuntaa vuonna 2013 vähintään 15 minuutin matkan päivässä kertoi liikkuvansa miehistä joka kolmas ja naisista noin neljä kymmenestä. Pidempää matkaa, eli vähintään 30 minuuttia kestävää työmatkaa ilmoitti pyöräilevänsä tai kävelevänsä päivittäin miehistä yksi kymmenestä ja naisista noin kaksi kymmenestä. (Helldán ym. 2013, 19.)

Monipuolisesti ja säännöllisesti harrastettuna liikunta ylläpitää sydämen ja verisuonten terveyttä. Liikunnan positiivisia vaikutuksia voi havaita, joko heti tai pitkällä aikavälillä. Heti liikuntasuorituksen jälkeen voi heti havaita verenpaineen laskua, veren-sokeritason alenemista ja seerumin lipoproteiinien vähenemistä. Tärkeänä voidaan mainita kestävyysliikunnan merkitys sydän- ja verisuonisairauksien sekä sepelvaltimotaudin ehkäisyssä. Kestävyysliikunta vähentää myös kuolleisuutta edellämainittuihin sairauksiin liittyen. Päivittäinen kestävyysliikunta ja sen lisäksi lihasvoimaa kohtalaisesti kuormittava liikunta voivat laskea verenpainetta merittävästi, jos potilaalla on kohonnut verenpaine. Liikunnalla on myös suotuisia vaikutuksia veren kolesterolien kannalta. Se alentaa huonoa kolesterolia (LDL) ja nostaa hyvää kolesterolia (HDL). (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus, 2010, 96-97.)

Fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutukset ovat hyvin tiedossa ja siitä on saatu vahvin näyttö sydän- ja verisuonisairauksien, suolistosyöpien, tyypin kaksi diabeteksen ja luunmurtumien ehkäisyssä. Fyysinen aktiivisuus näkyy alentuneen verenpaineena, parantuneen veren rasva-arvoina, hyvänä painonhallintana ja tehostuneena sokerinsietona. Liikunnan rasittavuudella ei ole niinkään merkitystä, kunhan liikuntaa tulee riittävästi ja säännöllisesti. Liikunnan merkityksessä on tutkittu keston, liikuntalajin ja kuormittavuuden osuutta, kuitenkin liikunnan määrä näyttää olevan kaikkein tärkein tekijä. Terveyttä edistävä liikunnan määrä tuli olla kuluttavuudeltaan noin 1000 kilokaloria viikossa. Liikuntamäärältään tämä olisi noin kaksi ja puoli tuntia reipasta kävelyä tai rasittavaa liikuntaa reilu tunti viikossa. Lisää terveyshyötyjä tulee aina mitä enemmän liikuntaa harrastaa. Tärkeintä on kuitenkin muistaa passiivisuuden välttäminen. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 45.)

Terveydelle hyödyllisen liikunnan ei välttämättä tarvitse hikoiluttaa tai hengästyttää vaan jo reipas kävely on riittävää. Sydän- ja verenkiertoelimistöön vaikuttavat sairaudet eli diabetes, sydän- ja verenkiertosairaudet sekä syövät ovat parhaiten ehkäistävissä kestävyyslajeilla kuten hiihdolla, kävelyllä, juoksulla tai pyöräilyllä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksia ei sovi myöskään unohtaa ja varsinkin ikääntyvien olisi hyvä harjoittaa esimerkiksi keski- ja ylävartalon lihaskuntaa. Tätä voi tehdä kuntosaliharjoittelulla, halon hakkuulla, lumen luonnilla ja erilaisilla

jumppaohjelmilla. Viime vuosin on todettu, että jopa liikunnallisesti aktiiviset ihmiset kärsivät yli kahdeksan tunnin istumisella päivittäin ja passiivisuus yleensä on haitaksi terveydelle. Kuitenkin jo pieni fyysinen aktiivisuus kerran puolessa tunnissa vähentää terveysriskejä joita istuminen aiheuttaa. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 45.)

Tällä hetkellä ei ole luotettavaa tietoa suomalaisten liikkumisesta ja siitä saavatko suomalaiset tarpeeksi liikuntaa terveytensä edistämiseksi. Syy tähän on se että arkiliikuntaa, työpaikkaliikuntaa ja hyötyliikunnan osuutta ihmisten arjessa on tutkittu aina eri ihmisillä. Tiedetään kuitenkin liikunnan määrän vähentyneen arki- ja työpaikkaliikuntaa tarkasteltaessa. Fyysisesti aktiivisimpia liikkujia suomessa ovat 60-75 vuotiaat, kun taas nuorten miesten kestävyyskunto on heikentynyt viimeisten vuosikymmenien aikana. Kuitenkin vapaa-ajan liikunnan on huomattu lisääntyvän mutta vastapainoksi työmatkaliikkuminen on vähentynyt. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa, 2008, 30-32.)

Riittämättömän aktiivisuuden vaikutukset näkyvät myös terveydenhuollon kustannuksissa. Jos vähäisen fyysisen aktiivisuuden kustannuksia halutaan arvioida Suomessa, olisi se Kanadalaiseen ja Englantilaiseen tutkimukseen pohjautuen alle kolme prosenttia terveydenhuollon suorista kuluista. Suomessa se tekisi summana 200-250 miljoonaa euroa vuodessa. (Kiiskinen ym. 2008, 43.)

2.3 Alkoholin käyttö ja sen terveysvaikutukset

Runsaalla alkoholin käytöllä on negatiivisia vaikutuksia terveyteen, lähiympäristöön, käyttäjän läheisiin ja yleisesti sosiaalisia haittoja. Yhtenä esimerkkinä vanhempien alkoholinkäyttö vaikuttaa lapsiin ja sillä on yhteyttä ainakin 60 eri sairauteen maailman terveysjärjestön mukaan. Alkoholi aiheuttaa vakavia haittoja pääosin pitkäaikaisen käytön seurauksena, mutta jo runsas lyhytaikainen käyttö voi vaikuttaa haittaavasti. Kieltolain kumoutumisen myötä suomalaisten alkoholinkulutus on ollut noususuhdanteista. Eniten alkoholinkulutus kasvoi 1960-luvun lopulla ja hiipui hieman lama-

aikana 1990-luvulla, mutta pian kulutus alkoi taas kasvaa. Alkoholinkulutuksen huipulukemiin päästiin vuosien 2006-2008 välillä ja tämän jälkeen se on alkanut taas vähentyä. Myös viime vuosien aikana nuoriso on käyttänyt alkoholia entistä vähemmän. Väkevien juominen kulutus on laskenut viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana mutta olut ja viini on alkanut maistua kuluttajille enemmän. Kokonaisuudessaan suomalaisten alkoholinkulutus vastaa keskitasoa Euroopassa. (Huttunen, J. 2015a.)

Väestötasolla alkoholi aiheuttaa enemmän terveyshaittoja kuin hyötyä. Kuitenkin alkoholin kohtuullisella kulutuksella voi olla myös myönteisiä vaikutuksia. Osa tutkijoista alalla ei usko alkoholinkäytön edistävän sydänterveyttä. Kuitenkin kaikki alan asiantuntijat ovat yhtä mieltä siitä, että alkoholilla ei tule yrittää ehkäistä sydänperäisiä sairauksia, sen lukuisien terveyshaittojen vuoksi. (Huttunen, J. 2015a.)

Suomessa noin 2100 kuolemaa vuosittain on alkoholin aiheuttamia, sen kuitenkin arvioidaan ehkäisevän noin 700 sepelvaltimotautikuolemaa vuosittain. Kuitenkin ne maat missä alkoholinkäyttö on enemmän humalahakuista, on todennäköistä, että sepelvaltimotautiin liittyvät hyödyt ovat pienempiä, kuin alkoholin aiheuttamat terveyshaitat. (Kiiskinen ym. 2008, 37-38.)

Sairaudet joiden ainoa tai tärkein aiheuttaja on alkoholi, kutsutaan alkoholisairauksiksi. Alkoholimaksasairaudet, haimatulehdus, alkoholimyrkytys, alkoholipsykoosit ja alkoholiriippuvuus ovat alkoholisairauksia. Myös psykiatriset ja neurologiset sairaudet, verisairaudet, syövät, aivoverenvuodot, hormoni- ja ravitsemushäiriöt, sydänlihaksen rappeutuminen, rytmihäiriöt ja kohonnut verenpaine voivat tulla runsaan alkoholinkäytön seurauksena. Alkoholin käyttö raskausaikana voi aiheuttaa sikiölle vaurioita. Alkoholin runsas käyttö kohottaa verenpainetta, aiheuttaa rytmihäiriöitä ja kiistatta haittaa sydän- ja verisuoniterveyttä. Humalahakuisen juomisen seurauksena voi olla merkittävä riski sairastua äkkikuolemaan, saada sydäninfarkti tai saada aivoverenkierron häiriöitä. Alkoholin runsas kulutus aiheuttaa myös usein lihomista, mikä voi johtaa metaboliseen oireyhtymään joka taas tuo mukanaan omia vaikutuksia terveyteen. (Huttunen, J. 2015a.)

Vuonna 2013 viimeisen kuluneen vuoden aikana naisista ja miehistä reilu yksi kymmenestä ilmoitti, ettei ole käyttänyt ollenkaan alkoholia. Vastaava luku vuonna 1982

oli miehistä noin kaksi kymmenestä ja naisista kolme kymmenestä. Vähintään kerran viikossa kuusi alkoholiannosta tai enemmän ilmoitti nauttivansa naisista yksi kahdestakymmenestä ja miehistä neljä kahdestakymmenestä. (Helldán ym. 2013, 17.)

Alkoholin enimmäissaanti suositukset ovat etanoliksi muutettuna naisilla korkeintaan 10 grammaa ja miehillä 20 grammaa. Eli naiset voivat nautti päivässä enintään yhden alkoholiannoksen ja miehet kaksi annosta. Raskaana olevat, imettävät äidit sekä lasten ja nuorten tulisi välttää alkoholinkäyttöä kokonaan. Myös runsaampaa kertajuomisen määrää olisi hyvä karttaa, eikä alkoholia olisi muutenkaan hyvä nauttia päivittäin. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 23.)

Alkoholin vaikutukset terveydenhuollon kustannuksiin ovat melko suuret, kun siihen luetaan alkoholin aiheuttamien sairauksien lisäksi alkoholista johtuvat erilaiset tapaturmat, ennaltaehkäisevä päihdetyö ja rikoksiin liittyvät kulut, sekä omaisuusvahingot. Kuluja tulee vuosittain yhteensä 600-800 miljoonaa euroa, joista terveydenhuollon kuluja on noin 100-200 miljoonaa euroa. (Kiiskinen ym. 2008, 43.)

2.4 Tupakointi ja sen terveysvaikutukset

Yleisin estettävsiää oleva kuolleisuuden aiheuttaja maailman terveysjärjestön mukaan on tupakointi. Tupakointi on suuri kuolemien ja terveyshaittojen aiheuttaja. Maailman terveysjärjestön arvion mukaan joka vuosi tupakoinnista aiheutuneisiin sairauksiin kuolee noin kuusi miljoonaa ihmistä. (Eriksen, MacKay, Schluger, Gomeshtapeh & Drope 2015.)

Sen lisäksi että tupakointi lisää kuolleisuutta, se myös lisää riskiä sairastumiseen ja pahentaa sairauksia jotka on jo todettu. Korkeimman lääkintä-viranomaisen Surgeon Generalin yhdysvalloissa tuottaman tuoreimman raportin mukaan tupakointi vahingoittaa lähes jokaista kehon elintä. (Vähänen & THL, 2015, 11.)

Suomessa työikäisten naisten osuus päivittäin tupakoivista on vuonna 2013 enää noin yksi kymmenestä ja miesten osuus kaksi kymmenestä. Nuorisosta ikähaarukasta 15-24 vuotiaat, naisista yhdeksän prosenttia tupakoi päivittäin ja miehistä kaksitoista. (Helldán ym. 2013, 12.)

Suomessa joka viiden aikuisen kuolema on tupakan aiheuttama. Joka vuosi 5000 ihmistä suomessa kuolee tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin. Joka viiden sydä- ja verenkiertoelinten sairaus on tupakoinnista johtuva ja joka kolmas syöpäkuolemista. Tupakointi lyhentää elämää noin kahdeksan vuotta. Joka vuosi tupakoinnista aiheutuneiden sairauksien hoitoon käytetään noin yhden keskussairaalan työpanos. Luotettavin tieto tupakkasairauksista saadaan laajoista, vuosikymmenien seurantatutkimuksista joissa havaitaan myös aina uusia tupakointiin liittyviä sairauksia. (Patja, K, 2016.)

Tupana tunnetuin aiheuttama sairaus on keuhkosityöpä. Yhdeksän kymmenestä keuhkosityövistä on tupakoinnin aiheuttamia ja nämä olisivat kokonaan estettävissä tupakoinnin lopettamisella. Keuhkosityöpää esiintyy enemmän miehillä kuin naisilla. Vuosittain suomessa keuhkosityöpään sairastuu miehistä 1600 ja 750 naista. Kuitenkin naisten määrä keuhkosityöpäpotilaana on kasvussa. Toinen vakava tupakan aiheuttama sairaus on keuhkohtaumatauti eli COPD. Keuhkohtaumataudissa keuhkorakkulat alkavat rikkoutua ja laajentua ja näin syntyy keuhkolaajentumaa. Hengitysliike pienenee joka johtuu keuhkojen kimmoisuuden heikkenemisestä. Keuhkohtaumataudille tyypillistä on korjaantumaton ja hitaasti tenevä hengitysteiden ahtauma ja hidastunut uloshengityksen virtaus. Keuhkohtaumataudin ennuste paranee jos potilas pystyy lopettamaan tupakoinnin. Sairaus on kuitenkin kavala, koska hapetuksen huononemiseen tottuu pikkuhiljaa. Melkein jokainen tupakoitsija kärsii myös kansankielellä tupakkayskästä, eli keuhkoputkien kroonisesta tulehduksesta ja ärsytystilasta. Tämä johtuu tupakansavun aiheuttamasta ärsytyksestä keuhkojen kudoksissa ja keuhkoputkissa. (Patja, K, 2016.)

Tupakointi vaikuttaa myös sydän- ja verenkiertoelimiin ja asiasta on tiedetty jo yli 30 vuotta. Joka vuosi miehistä 1600 kuolee sydän- ja verisuonisairauksiin, jotka ovat tupakoinnista johtuvia. Verenkiertoelimistöön tupakointi vaikuttaa monella eri mekanismilla. Nikotiinilla on verisuonia supistava vaikutus ja se lisää sydämen työtaakkaa nostamalla sykettä. Tupakointi vaikuttaa myös verishiutaleiden toimintaan ja lisää haitallisen kolesterolin määrää veressä. Tällä tavoin verisuonien seinämiin muodostuvan plakin määrä lisääntyy. Verenkiertoelinten sairauksia lisää myös tupakan kemikaalien ylläpitämä jatkuva tulehdustila. (Patja, K, 2016.)

Tupakoinnilla on huonoja vaikutuksia koko kehoon ja se kaksinkertaistaa riskin sairastua sydän- ja aivoinfarktiin. Tupakointi pahentaa valtimonkovettumatautia ja esimerkiksi katkokävelyssä tupakoinnin lopettaminen on keskeinen osa hoitoa. Tupakan sisältämä nikotiini vaikuttaa insuliinin toimintaan ja näin ollen nostaa riskiä sairastua aikuistyyppin diabetekseen. Myös sähkösavukkeet ja nuuska lisäävät verenkiertoelinten sairauksia. Vähemmän tunnettuja tupakoinnin terveyshaittoja ovat aikaistuneet vaihdevuodet, hedelmättömyyongelmat ja luiden haurastuminen. (Patja, K, 2016.)

Tupakoitsijoiden harmaa ihonsävy johtuu nikotiinin aiheuttavasta pienten verisuonien jatkuvasta supistumistilasta. Tupakointivanhentaa ihoa keskimäärin kymmenellä vuodella jos verrataan tupakoimattomiin ikätovereihin, keski-ikäisillä. Sähkötupakat ja nuuska vaikuttavat samalla tavalla kuin tavallinen tupakka. Tupakointi vaikuttaa myös hidastavasti haavojen paranemiseen ja lisää infektioriskejä. Tupakansavu vahingoittaa myös sille altistuvia passiivisesti ja tupakansavu on luokiteltu syöpävaaralliseksi aineeksi. Lapset jotka ovat altistuneet tupakansavulle sairastavat enemmän astmaa, hengitystieinfektioita ja korvatulehduksia kuin lapset jotka eivät ole savulle altistuneet. Myös sydäninfarktin riski kaksinkertaituu jos tupakansavulle altistuu päivittäin. (Patja, K, 2016.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tupakoinnista johtuvien kustannuksien arvioitiin olevan vuonna 2012 noin 210 miljoonaa euroa. Tupakoinnin aiheuttamat kustannukset lääkerkorvauksiin ja niiden arviointiin liittyen on mietitty olevan noin 64 miljoonaa euroa. Välittömät terveydenhuollon kustannukset tupakointiin liittyen on arvioitu olevan noin 277 miljoonaa euroa. (Vähänen & THL, 2015,28-31.) Tupakoinnista aiheutuneiden välittömien kustannusten arvioitiin olevan yhteensä 617-621 miljoonaa euroa. Välilliset kustannukset ovat suurudeltaan noin 840-930 miljoonaa euroa. Yhteensä tupakointi aiheuttaa siis arvioiden mukaan puolitoista miljardia euroa taloudellisia haittoja. (Vähänen & THL, 2015,32-45.)

3 Elintapaohjaus

3.1 Terveyden edistäminen ja terveyspalvelut

Terveyden edistäminen kunnallisella tasolla otetaan huomioon kaikilla hallinnon- ja toimialoilla. Terveyttä edistetään yhteiset tavoitteet mielessä pitäen. Myös tavoitteiden toteutumista seurataan. Terveyttä ja hyvinvointia edistetään suunnitellusti huomioon ottaen palveluiden tarpeet, palvelurakenteet ja tietenkin paikalliset olosuhteet. Hyviä palveluja tuottamalla kuntalaisia kannustetaan kohti terveellisiä elintapoja, ottamaan vastuuta omasta terveydestä ja näin ehkäisemään sairauksia. Palvelujen suunnittelussa hyödynnetään tilastotietoa ja tutkimuksia. Riskiryhmät ja huonommassa asemassa olevat väestöryhmät otetaan suunnittelussa erityisesti huomioon. Väestöryhmien välisiä terveyseroja pyritään kaventamaan. Lähtökohtana hyvälle terveyspalveluille on moniammatillinen yhteistyö ja ehkäisevän työn riittävät voimavarat. Terveydenedistämisen työmenetelmiä kehittävät koko ajan terveyspalvelujen asian-tuntijat. (Terveyden edistämisen laatusuositus, 2007, 23-29.)

Terveyden edistämisen tukemiseksi alan henkilökuntaa koulutetaan jatkuvasti ja tarjotaan mahdollisuuksia osallistua ammatillisiin täydennyskoulutuksiin. Työnohjaus ja osaamiskartoitukset ovat osa ammattihenkilöstöön panostamista.

Terveyspalveluissa pyritään terveyttä edistävään hoitokulttuuriin, sekä perusterveydenhuollossa, osto-palveluissa, että erikoissairaanhoidossa. Terveyden edistämistä aletaan toteuttaa jo peruskoulussa ja siellä hyödynnetään valtakunnallisia koululaisten terveyden edistämiseksi laadittuja suosituksia. (Terveyden edistämisen laatusuositus, 2007, 23-29.)

Seuranta ja arviointia toteutetaan kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästi ja siitä pyritään samaan arvokasta tietoa, miten toiminta on edistänyt terveyttä ja miten asetetut tavoitteet on saavutettu. Terveyden edistämisen toteutumisen seuranta ja arviointia on kunnan helpompi toteuttaa, mitä selkeämmät tavoitteet se asettaa. Arviointien ja seurantaindikaattoreiden olisi syytä olla valtakunnallisesti ja alueittain vertailukelpoisia. (Terveyden edistämisen laatusuositus, 2007, 23-29.)

Terveydenedistämisen tärkeyttä voi korostaa yhdellä näkökulmalla, eli terveydenhuollon kustannuksilla. Kustannuksia on suoria ja epäsuoria, suorat ovat palveluiden

tuottamisen kustannuksia ja epäsuorat kustannukset ovat kuolemasta aiheutuvat tuotannonpanosmenetyskustannukset ja sairauden vuoksi aiheutuvat poissaolokustannukset. Suoria kustannuksia aiheuttavat eniten sydän- ja verisuonisairaudet. Erikoissairaanhoidon joutui eniten potilaita nimenomaa sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien vuoksi, kaksi merkittävintä olivat sydäninfarktit ja aivoinfarktit. Vuoden 1998 hoitorekisteriä käyttäen tehtiin tutkimus vuonna 2002 jonka tuloksena saatiin akuutin sydäninfarktille yhteensä suoria kustannuksia 56 miljoonaa euroa. Aivoinfarkti tulee kolmantena kuolinsyyn aiheuttajaksi, heti sepelvaltimotaudin ja syöpien jälkeen. Kalleimmaksi valtimotaudiksi suomessa on todettu aivoverenkiertohäiriöt. Nämä suorat kustannukset tulevat hoitopäivistä. Vuoden 1990 hoitorekistereiden perusteella aivoverenkiertohäiriöiden kokonaiskustannuksiksi tuli 440 miljoonaa euroa. (Kiiskinen ym. 2008, 40-42.)

Monitahoinen interventio on tärkeä väline perheiden ja yksilöiden tasolla ehkäisemään sydän- ja verisuonitauti kuolleisuutta, liittyen kohonneeseen verenpaineeseen. Tehokkaaksi on havaittu myös perusterveydenhuollossa tupakoinnin ja haitalliseen alkoholinkäyttöön vaikuttavat mini-interventiot. Myös ravitsemukseen perehtynyt ammattihenkilö, voi vaikuttaa tehokkaasti pitämällä terveysneuvontaa perusterveydenhuollossa, tällä tavoin on saatu vahvaa näyttöä ylipainoa vastaan taistelussa. Yleislääkärin antamalla elämäntapaohjauksella voidaan tehokkaasti vaikuttaa potilaan tupakointiin, mutta liikunta, ravitsemus ja alkoholinkäyttöön vaikuttamisesta ei ollut tarpeeksi selvää näyttöä. Monitahoiset interventiot perusterveydenhuollossa, jotka perustuvat muutosvaihemalliin todettiin tehokkaaksi tupakoinnin lopettamiseen liittyen, kuitenkin paras näyttö muutosvaihemallin vaikuttavuudesta saatiin syötyjen rasvojen laatuun liittyen. Liikunnan osalta ei muutosvaihemallin vaikuttavuudesta juurikaan ole näyttöä. Tietotekniikkaa apuna käyttäen voi olla potentiaalia vaikuttaa positiivisesti ruokavalioon ja liikuntaan, mutta näistä keinoista ei kuitenkaan ole juuri näyttöä. (Kiiskinen ym. 2008, 65-66.)

3.2 Ravitsemusohjaus

Suomalaiset ravitsemussuositukset on laadittu koko väestöä ajatellen, ei siis tietyille kohderyhmälle. Suositukset on laatinut valtion ravitsemusneuvottelukunta ja ne on

tarkoitettu kohtalaisesti liikkuville ja ne perustuvat pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin. Ravitsemus suositusten tarkoitus on taata monipuolinen ja terveyttä edistävä ruokavalio koko väestölle. Ravinnonsaannin kokonaisuus on oleellista ravitsemus suosituksissa ja tähän perustuvat lautasmalli, ruokaympyrä ja ruokapyramidi. Pohjoismaiset ravitsemussuositukset on päivitetty vuonna 2013. (Kauhanen ym. 2013, 218-220.)

Hyvään ravitsemukseen voi vaikuttaa lukemalla pakkausmerkintöjä. Pakkausmerkinnoista selviää esimerkiksi kuidun määrä, rasvapitoisuus, lisätyn sokerin ja suolan määrä. Pakkausmerkintöjen tarkoituksena on tarjota kuluttajalle tietoa elintarvikkeen koostumuksesta ja ravintoarvosta. Pakkauksissa on myös merkinnät tuotteen säilyvyydestä ja mahdollisista allergisoivista aineista tai intoleranssia aiheuttavasta sisällöstä. Pakollisia merkintöjä pakkauksissa ovat ainesosaluettelo ja tuotteen nimi. Ainesosaluettelossa on merkitty kaikki elintarvikkeen sisältämät ainesosat pinoltaan alenevassa järjestyksessä. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 34.)

Erilaiset ruokapalvelut ovat iso osa suomalaista ruokakulttuuria koska monelle päivän ainoa lämmin ateria on jonkun ruokapalvelun tuottama ateria. Ruokapalvelut voivat edistää terveyttä tarjoamalla terveellisiä ruokavaihtoehtoja ja näin parantaa ruokaan liittyviä valintoja. Kuitenkaan ruokapalveluiden tarjoaman ruoan ravitsemuksellisesta laadusta ei ole vielä tarpeeksi tietoa. Niukan tiedon perusteella ruokapalveluista tiedetään kuitenkin sen verran että niissä käytetään liikaa suolaa ja kovia rasvoja. Kuitenkin henkilöstöravintoloissa käyvät syövät enemmän kasviksia ja kalaa kuin muissa lounasravintoloissa käyvät. Lapset saavat monipuolista ruokaa päiväkodeissa ja kouluissa. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 38.)

Elintarvikemerkinnot ja ruokakauppojen terveyttä edistävät kampanjat ovat vaikeita tutkittavia, niiden vaikuttavuuden kannalta. Terveysteen kehottavia ostokampanjoita pidetään kuitenkin mahdollisesti lupaavina terveyttä edistävinä interventioina. Elintarvikkeiden pakkausmerkinnät ovat vain silloin pakollisia, jos niissä esiintyy jokin terveysväittäjä, kuten rasvaton tai kolesteroliton. Pakkausmerkintöjä pidetään potentiaalisena terveyden edistämisen keinona. Suomessa on elintarvikkeissa käytössä myös Sydänmerkki, joka on Suomen Sydänliiton ja Suomen Diabetesliiton kehittämä

merkki. Sydänmerkki on ollut kaupoissa ja vuodesta 2000 ja sen tunnistaa suurin osa ihmisistä. Sen tarkoitus on auttaa kuluttajaa tekemään terveellisempiä elintarvikevalintoja. Ravitsemusneuvonnalla on kokonaisuudessaan positiivisia vaikutuksia vähentämään tyydyttyneen rasvan saantia ja lisäämään ihmisten nauttimia hedelmien ja kasvien määriä. Kulutuskäyttäytymiseen ja siitä johtuviin terveellisiin valintoihin on potentiaalisesti suurta vaikutusta politiikkatason toimilla. Suolan saannin kannalta yksilötasoon ei juurikaan voida vaikuttaa, niin että sillä olisi alentavaa vaikutusta verenpaineeseen. (Kiiskinen ym. 2008, 52-53.)

Ravitsemusohjausta käytetään ylipainon hoitoon. Lihavuuden hoitoon käytetään elintapahoitoa, jossa potilaalle tarjotaan yksilö- tai ryhmäohjausta ravitsemukseen ja elintapoihin liittyen. Tavoitteena on saada painoa putoamaan ja elintapaohjauksen tuomat muutokset pysyviksi. Ohjauskertoja järjestetään keskimäärin kymmenen kertaa. Ylipainon ohella huomiota tulee kiinnittää huomiota liitännäissairauksiin ja terveellisten elämäntapojen omaksumiseen, myös hyvän kunnon ylläpito on oleellista. Elintapaohjaus toteutetaan yleensä ryhmäohjauksena pääosin ryhmäneuvonnan pienempien kustannuksien vuoksi. Elintapaohjaukseen osallistuu moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu ainakin hoitaja, lääkäri ja ravitsemusterapeutti. Tämän lisäksi muita alan asiantuntijoita voi myös kuulua työryhmään tai heitä voidaan tarvittaessa konsultoida. Joskus elintapamuutoksen tekijä tarvitsee seurantakäyntejä ja joskus elintapamuutoksen tekijä pystyy tekemään muutokset itsenäisesti. Suomessa on tutkittu onnistuneesti useita liikalihavuuden hoitotutkimuksia ja elintapainterventioilla on saatu liikapaino laskemaan niihin liittyvien sairauksien riskitekijät vähenemään. (Lihavuus (aikuiset) 2013.)

3.3 Liikuntaan ohjaus

Aikuisen suositeltu aktiivisuuden määrä on kohtuullisesti kuormittavaa liikuntaa viikossa vähintään 150 minuuttia. Tämä tarkoittaa esimerkiksi reipasta kävelyä. Rasittavaa liikuntaa, kuten juoksua suositellaan minimissään 75 minuuttia viikossa. Erilaisia liikuntamuotoja voi yhdistellä vapaasti ja liikuntakertojen ja kestonmäärien olisi hyvä vaihdella, kunhan kokonaisuus ei jäisi alle minimisuositusten. Aktiivisuutta olisi hyvä olla useampana päivänä viikossa. Mitä enemmän liikuntaa tulee, sen enemmän siitä on terveydelle hyötyä. Myös lihaskuntoa tulisi ylläpitää ja varsinkin ikääntyvien olisi

hyvä harjoittaa tasapainoaan. Istumista ja pitkäaikaista passiivisuutta suositellaan vältettävän kokonaan. Lasten ja nuorten suositukset olisivat päivää kohden vähintään tunti fyysistä aktiivisuutta. Fyysinen aktiivisuus on tehokkaimmillaan kun se on mahdollisimman monipuolistaja kohtuullisen kuormittavaa. Hyvänä liikuntamuotona toimivat erilaiset pallopelit ja kaikenlainen hyppyjä sisältävä liikunta, joka kuormittaa sekä lihaksia että luita. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorv, Schwab, & Virtanen, 2014, 44.)

Liikuntainterventioilla on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia yksilön henkilökohtaiseen liikuntamäärään ja näin on saatu merkittäviä tuloksia sekä sepelvaltimotaudin sairastavuuteen ja verenpaineen alenemiseen, jolla on suuri merkitys yksilön terveyden kannalta. Myös aivoinfarktin riskiä saatiin merkittävästi pienemmäksi liikuntaa lisäämällä. Sosiaalinen tuki liikunnan lisäämisen kannalta vertaisryhmissä lähiyhteisöltä oli havaittu merkittäväksi tekijäksi. Hyväksi havaittu keino lisätä aikuisen fyysistä aktiivisuutta on tehdä henkilökohtainen liikunta suunnitelma. Tämä pätee myös jonkin verran ikääntyneiden kohdalla. Kävelyn on todettu olevan pitkäaikaisen fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen merkittävä tekijä, koska se ei ole riippuvainen välineistä. Myös lääkärin vastaanotolla suoritettulla liikuntainterventiolla on jonkin verran vaikutusta liikuntaa lisäävästi. Olennaista tässä interventiossa ovat seurantakäynnit, alun neuvonnan jälkeen. Myös kirjallinen materiaali on havaittu tehokkaaksi interventiotavaksi ja yleensä interventiot, jotka kohdistuvat vanhempaan väestöön on havaittu tehokkaimmiksi. (Kiiskinen ym. 2008, 47-48.)

Terveydenalan ammattilaisten on ohjattava potilaita liikkumaan aktiivisemmin ja potilaalta on kysyttävä, miten he liikkuvat, kuinka usein ja kuinka kauan kerralla. Alan asiantuntijat arvioivat terveyden kannalta potilaan liikunnan riittävyyden, mahdolliset vasta-aiheet ja liikkumista rajoittavat tekijät. Potilaan kanssa sovitaan yhdessä liikkumiseen liittyvät tavoitteet ja heitä kannustetaan liikkumaan enemmän. Tarvittaessa lääkäri voi ohjata potilaan liikunta-alan ammattilaisen luo tai liikuntalääketieteen erikoislääkärille, josta tämä voi saada liikuntaohjeet ja hänen liikuntaohjelmansa toteutumista seurataan. Liikuntaohjelmia voidaan toteuttaa itsenäisesti tai ohjattuna joko yksilöohjauksessa tai ryhmässä. Terveydenhuoltoalalla toimivien ammattilaisten on hyvä tuntea lähiseutunsa liikuntapalveluiden tarjoajat. Liikuntapalveluita tuotta-

vat yleensä esimerkiksi potilasyhdistykset, liikuntaseurat ja yksityiset palveluntuottajat. Suomessa on tällä hetkellä viisi liikuntalääketieteen keskusta ympäri suomen. (Liikunta 2016.)

Jokaisen ihmisen olisi syytä välttää pitkäaikaista passiivisuutta. Suomessa aikuiset ovat paikoillaan joko istuen, seisten tai maaten enemmän kuin kolme neljäsosaa valvellaoloajastaan. Päivittäinen runsas passiivisuus aiheuttaa suuria terveyshaittoja. Jokainen istumatunti yli seitsemän tunnin istumisen jälkeen lisää kuolemanriskiä noin viisi prosenttia. Runsaasti istuvilla suomalaisilla istuminen on suorassa yhteydessä yli-painoon, vähäiseen uneen ja useampiin lääkärikäynteihin. Työssä istumisella ja vapaa-ajalla istumisella voi olla eri tavalla yhteyttä terveyteen. Joissakin tutkimuksissa on havaittu vapaa-ajan istumisen olevan terveydelle haitallisempaa, kuin työpaikalla istumisen. (ISTU VÄHEMMÄN – VOI PAREMMIN! Kansalliset suositukset istumisen vähentämiseen. 2015. 26.)

3.4 Tupakka ja alkoholi ohjaus

Tupakoinnin lopettaminen on tärkeää ja tässä ohjaamisella voidaan vaikuttaa potilaan motivaatioon ja onnistumiseen. Potilaan halukkuutta tupakoinnin lopettamiseen kannattaa terveyden ja hyvinvoinnin asiantuntijan kysyä käynnin yhteydessä. Tupakoinnin lopettaminen olisi otettava puheeksi potilaan kanssa ja tarvittaessa tarjota lääkehoitoa lopettamisen tueksi. Kannustava ja auttava ammattilainen on iso apu tupakoinnin lopettamisessa. Ammattilaisen tulisi antaa positiivista palautetta potilaalle ja ohjata tämä tarvittaessa jatkohoitoon. Motivoiva haastattelu on oiva tapa lisätä potilaan halukkuutta lopettaa tupakointi. Tupakoinnin lopettamisella pyritään pysyvään muutokseen elintavoissa. Tupakoinnin lopettamisen tuomat muutokset näkyvät elimistössä hyvin pian. Myrkyt alkavat välittömästi poistua ja varsinkin haju- ja makuaisti alkavat parantua jo muutamassa päivässä. Liman nousu ja yskä helpottuvat muutamassa kuukaudessa ja keuhkojen toiminta paranee kahden ja kolmen kuukauden aikana paljon. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Tupakoinnin lopettamiseen voi kannustaa myös koetun stressin määrän väheneminen ja unen laadun paraneminen. Myös veren HDL-kolesterolipitoisuus paranee potilaan lopetettua tupakointi. Jos potilaalla on erektiohäiriöitä voi niiden paraneminen

motivoida lopettamaan, kun yleensä yhdellä neljästä vaiva poistuu tupakoinnin lopettamisen myötä. Tupakoinnin lopettamiseen on paljon perusteita ja lopettamista ammattilainen voi perustella potilaalle monin eri tavoin aina niin, että tieto perustellaan potilaan näkökulman kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Myös kohdunkaulan syövän riski vähenee, kun nainen lopettaa tupakoinnin. Potilasohjaustilanteessa on hyvä mainita, että sepelvaltimotaudin riski putoaa puoleen entisestään vuoden aikana, kun potilas lopettaa tupakoinnin. Tupakointiin liittyy myös vieroitusoireita ja näistä potilaalle on hyvä muistaa mainita. Vieroitusoireet kuitenkin helpottavat ajan kanssa ja kestävät keskimäärin kolme tai neljä viikkoa. Ohjaustilanteessa potilaalle kerrotaan, että vieroitusoireiden kesto ja voimakkuus ovat yksilöllisiä. Myös mahdolliseen painon nousuun on syytä varautua. Useimmiten painon nousu on naisilla motivaatiota heikentävä tekijä ja tämän takia asia otetaan yleensä puheeksi. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Jos potilas lopettaa tupakanpolton nikotiinikorvaushoidon avulla on potilaalle hyvä kertoa, että se hidastaa mahdollista painon nousua. Kuitenkin tämä myönteinen vaikutus häviää ajan kanssa ja perustuu siihen, että nikotiini vaikuttaa aivoissa syömistä hillitsevästi. Yleiset painonhallintaohjeet eivät vaikuta lihomiseen millään tavalla lopettamisen aikana, mutta kognitiivinen käyttäytymisterapia ja yksilöllinen ohjaus ovat tehokkaita apukeinoja ja nämä eivät ole yleensä vaarantamassa tupakoinnin lopettamisen onnistumista. Lopettamiseen liittyvässä ohjaustilanteessa kerrotaan potilaalle, että lihominen lopettamisen yhteydessä on hyvin yleistä ja korostetaan potilaalle myös tupakoinnista luopumisen tuomia hyötyjä tämän terveyteen. Potilaalle myös muistutetaan liikunnan hyödyistä sekä terveellisen ja vähäenergisemmän ruokavalioiden eduista. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Tupakointiin puuttuminen varhaisessa vaiheessa ja varsinkin tupakoinnin aloittamisen ehkäisy on paras tapa ehkäistä sen haittoja. Nuorten tupakointiin voidaan vaikuttaa hinnoittelemalla tupakkatuotteen kalliisti ja kieltämällä niiden mainostaminen. Yhteiskunnallisella tasolla voidaan vaikuttaa tupakoinnin aloittamiseen, näillä keinoin. Yhteisötason interventioilla voidaan vaikuttaa hieman jo tupakoivien tupakoinnin määrään. Tästä esimerkkinä ovat tupakointikiellot ja erilaiset kehoitteet savutto-

muuteen. Lopeta ja voita- kilpailulla oli aluksi hieman vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen kannustavana tekijänä, mutta erilaisten palkintojen ja kannustimien hiipussa, myös lopettamisen into hävisi. (Kiiskinen ym. 2008, 57-59.)

Erilaista ohjausmateriaalia on saatavana myös kirjallisena lopettamisen tueksi ja myös erilaisia neuvontapuhelinpalveluita on tätä varten. Myös internetistä saatava tuki voi olla joillekin hyödyksi tai tuki tekstiviestillä. Joillekin itsenäisesti lopettaville opaslehtiset voivat olla se ratkaiseva apu. Erilaiset kilpailut ja kannustimet eivät ole näyttäneet olevan kovinkaan tehokkaita tupakoinnin lopettamisen kannalta. Usein esimerkiksi koko työyhteisöihin kohdennetut tupakoinnin lopettamiseen kannustavat toimet lisäävät lopettamisyritysten määriä. Jos ryhmäohjaus on suunniteltu hyvin ja monipuolisesti ja toteutettu kyseisen ryhmän tarpeet huomioiden, on se selkeästi tehokkaampi tapa tukea lopettamista kuin opasmateriaalit. Ryhmäohjausmenetelmien eroissa ei ole huomattu eri tuloksia. Sopiva ryhmäkoko on noin suurin piirtein kymmenen henkilöä. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Lääkäreiden toteuttamat ihan lyhyetkin keskustelut potilaan kanssa, joissa puhutaan tupakoinnin lopettamisesta, on todettu tehokkaiksi. Yksilöohjaus lääkärin toimesta kannustavat potilasta lopettamaan. Toistuvat tapaamiset lisäävät onnistumisen mahdollisuutta. Ohjaus tehokkaampaa silloin kun ohjauskertoja on useampia ja ne kestävät tarpeeksi kauan. Jokaisen lääkärin kuuluisi ottaa tupakointi puheeksi ja siihen olisi oltava tarpeeksi aikaa, jotta keskustelua ehtisi potilaan kanssa käydä. Myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten antama yksilöohjaus on tehokasta. Ohjaus on yleensä tehokkaampaa, jos ohjaustilanteeseen osallistuu useampi ammattilainen. Myös puhelimitse annettava ohjaus on tehokasta silloin, kun puhelinkeskusteluja on useita. Erilaiset häkämittaukset tai spirometria eivät lisänneet tupakoinnin lopettamista, mutta niistä on saattanut saada lopettamiseen lisää motivaatiota. Joidenkin suosimat akupunktiot tai hypnoosit eivät ole todettu auttavan tupakoinnin lopettamiseen. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Viimeisen vuoden aikana lääkärin vastaanotolla tupakoitsijoista oli käynyt kahdeksan kymmenestä ja heistä kaksi oli saanut kehotuksen tupakoinnin lopettamiseen. Moni tupakoitsija on yrittänyt lopettaa tupakoinnin, mutta usein alkanut uudelleen polttaa, syynä tähän on usein motivaatio, paino-ongelmat, nikotiiniriippuvuus sekä kahvin tai alkoholin käyttö. Eri koulutusryhmien välillä tupakointitottumuksissa on eroja

ja alimmissa koulutusryhmissä tupakoidaan enemmän, kuin ylemmissä. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa, 2008, 36.)

Pelkkien ohjausten ja ryhmäinterventioiden lisäksi tehokkaaksi havaittu keino saada ihminen lopettamaan tupakointi on nikotiinikorvaushoito. Mitä pidempi hoitojakso on, sen parempi vaikuttavuus tuotteilla on. Todennäköisyys lopettamiseen melkein tuplaantui nikotiinituotteilla. Myös henkilökohtaiset ohjaukset ja ryhmäohjaukset on havaittu tehokkaiksi keinoiksi lopettaa tupakointi, sekä puolison tuki ja puhelimitse tarjolla oleva tuki. Liikunta ei auta tupakoinnin lopettamiseen. Ryhmäneuvonta oli todettu yhtä tehokkaaksi, kuin yhtä intensiivinen henkilökohtainen neuvonta. Myös painetut ohjausmateriaalit auttoivat jonkin verran lopettamisessa. Puhelimitse tarjolla oleva tuki tupakoinnin lopettamiseen oli tehokkaampaa, jos yhteydenottoja oli useampia, kuin yksi. Tupakoinnin uudelleen aloitukseen ja sen ehkäisyyn liittyviä apukeinoja ei ole vielä tarpeeksi tutkittu, jotta niistä ja niiden tehokkuudesta olisi tarpeeksi näyttöä. (Kiiskinen ym. 2008, 57-59.)

Alkoholinkäytön vähentämisen ohjauksen tarkoituksena on havaita ongelmakäyttö mahdollisimman aikaisin. Potilaat arvioivat usein alkoholinkäyttöään alakanttiin. Alkoholiongelman toteaminen on usein haasteellista ja tähän käytetäänkin usein apuvälineitä kuten kliinistä tutkimusta, haastattelua, erilaisia strukturoituja kyselyjä ja laboratorionkokeita. Haastateltaessa alkoholinkäyttöön liittyvistä asioista on oltava kannustava ja luotava mahdollisimman avoin ilmapiiri. Usein alkoholin ongelmakäyttäjät hakevat apua terveydenhuollosta johonkin fyysiseen vaivaan, mikä johtuu alkoholin käytöstä. Oireina voivat olla esimerkiksi kohonnut verenpaine, tapaturmat tai masennus. Tällöin ohjaustilanteessa on luontevaa ottaa puheeksi alkoholinkäyttö. Ohjaustilanteessa on hyvä esittää avoimia kysymyksiä, jotta keskustelu etenee sujuvasti. Alkoholinkäytön yhteydessä pyritään samalla kartoittamaan lääkkeiden tai mahdollisten huumausaineiden käyttö. Ohjaustilanteessa kysytään tarkentavia kysymyksiä, jos tietoa tarvitaan enemmän. Juomien määriä kysytään potilaalta juomalajeittain, jolloin juodun alkoholin kokonaismäärää ei aliarvioida. Alkoholiongelman toteaminen on myös helpompaa, jos kysytään siitä johtuvien syyllisyydentunteita tai vaikka työpoissaolojen määrää. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

Alkoholinkäytön vähentämiseen tai lopettamiseen liittyvissä ohjaustilanteissa tiedustellaan potilaan valmiutta muutokseen. Keskustelussa voidaan käyttää apuna valmiiksi strukturoituja kyselyjä. Hyviä tilanteita kyselyille ovat esimerkiksi ajokorttitarkastukset ja työterveystarkastukset. Sekundaaripreventiossa pyritäänkin tunnistamaan ja hoitamaan alkoholin riskikäytöt mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Lyhytneuvonnaksi tai mini-interventioksi kutsuttua toimintaa toteutetaan terveydenhuollossa ja sen tarkoitus on saada liiallinen alkoholin kulutus vähenemään. Terveydenhuollon ammattilaisen on tiedostettava alkoholin ongelmakäytön yleisyys ja uskallettava kysyä aktiivisesti potilailta näiden alkoholinkulutuksesta. Potilaalle annetaan sekä suullista että kirjallista ohjausta alkoholinkäytön vähentämisen tueksi. Tarvittaessa sovitaan seurantakäynneistä. Tärkeintä on muistaa motivoiva asenne potilasta kohtaan. Mini-intervention kuulu olla osana muuta hoitoa. Seurantakäynneillä voidaan käydä läpi mahdollisia laboratoriokokeita tai alkoholinkäyttöpäiväkirjaa. Lyhytneuvonnan on todettu olevan vaikuttava hoitomuoto alkoholin riskikäytössä. Lyhytneuvonta on myös kustannustehokas hoitomuoto. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

Alkoholinkäyttöön vaikuttavat sen saatavuus ja hinnoittelu. Alkoholin veronalennukset lisäävät selkeästi kulutusta. Alkoholimonopolin vaikutus kulutukseen on kulutusta alentava. Terveydenhuollossa tehdään potilaille mini-interventioita, eli lyhytneuvontaa ja tarkoituksena onkin löytää mahdolliset riskiasiakkaat ja kohdentaa neuvontaa juurikin heille. Mini-interventiot suoritetaan normaalien vastaanottokäyntien yhteydessä ja käynnillä selvitetään yksilö alkoholinkäyttöä ja tarjotaan tietoa heti suullisesti ja kirjallisesti alkoholin vaikutuksista. Tätä mini-interventiota suoritetaan pääosin terveyskeskuksissa. Yleislääkäreillä ja työterveyslaitoksella on omat hankkeet alkoholinkäyttöön liittyen. Lyhytneuvonnassa on tarkoituksena aktiivisesti selvittää potilaiden alkoholinkäytöstä ja tiedostaa alkoholin suurkulutuksen yleisyys. Neuvonnassa on otettava huomioon potilaan henkilökohtainen tilanne. Vastaanotolla pyritään kertomaan alkoholin aiheuttamista terveyshaitoista ja antaa ohjeita sekä suullisesti, että kirjallisesti ja sopia mahdollisista seurantakäynneistä. Lyhytneuvonnan periaatteisiin kuuluu motivointi ja rakentava asenne potilasta kohtaan. Kuinka usein lyhytneuvontaa tulisi suorittaa, siitä ei ole varmaa tietoa. (Kiiskinen ym. 2008, 62-64.)

Väestön tiedon lisäämiseksi alkoholin haitoista ja vaaroista on tehty paljon valistusta, mutta tämän tehokkuudesta ei ole näyttöä. Myöskään väestöön kohdistuvilla kampanjoilla ei ole todettu vaikuttavuutta. Parasta vaikuttavuutta on todettu olevan hinnoittelulla ja saatavuuden säätelyllä. Myös alkoholin suurkulutuksen on todettu vähenevän hintojen noston myötä. Terveydenhuollossa toteutettavilla mini-interventioilla on todettu olevan vaikutusta haitalliseen alkoholinkäytön vähentämiseen. Lyhytinterventioksi riittää noin 10 minuutin mittainen aiheeseen puuttuminen perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon mini-interventiolla ja vähintään yhdellä seuranta-käynnillä oli vaikutusta alkoholinkäytön joka viikkoiseen käyttöön. Intervention kohteena olleet vähensivät viikoittaista käyttöään noin 13%. (Kiiskinen ym. 2008, 62-64.)

3.5 Elintapaohjauksen eri muotoja

Viimeisten vuosikymmenten aikana elintapaohjaus on muuttanut muotoaan jatkuvasti kohti nykymuotoaan. Ennen elintapaohjaus oli lähinnä valistusta ja ajatuksena oli, että terveysalan asiantuntija kertoo terveydenedistämisestä ja näin valistetaan tietämättömiä ihmisiä. Nykyään pyritään aktivoimaan yksilöitä itsejään. Autonomiata terveyskäyttäytymisessä korostetaan tänä päivänä yhä enemmän. Suuri muutos yksilöiden tärkeyden korostamisen lisäksi on yhteisöjen merkityksen korostaminen. Yksilöiden ja yhteisöjen voimaannuttaminen on noussut tärkeäksi osaksi elintapaohjausta. Kannattaako terveydenedistäminen suunnata koko väestöön vai pelkästään riskiryhmiin on puhuttanut paljon kansanterveystieteen parissa. Pääsääntöisesti on kannattavampaa yrittää vaikuttaa koko väestöön, koska jos kaikki tekevät terveyden eteen töitä, vaikutus on yleensä parempi. (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 103-104.)

Hoitotyössä potilaan ohjaaminen on aina ollut tärkeässä roolissa. Rinnakkaiskäsitteenä ohjaamiseen ovat motivoiva keskustelu ja valmentaminen. Ohjauksessa kyse on potilaalle annettavasta tiedosta ja siitä, miten potilas ajattelee sen tiedon hyödyllisyyttä. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjaamisen merkitys korostuu entisestään. Ohjaustilanteet voivat olla hyvin vaihtelevia ja ohjausympäristö vaihtelee tilanteen mukaan erikoissairaanhoidosta aina poliklinikoille ja terveyskeskuksiin. Rauhallinen tila, joka

suo ohjaustilanteelle yksityisyyttä on paras tapa luoda luottamuksellinen ohjaustilanne. Ohjausmenetelmiä ovat ryhmäohjaus ja yksilöohjaus. Ohjaus tapahtuu yleensä kasvotusten potilaan ja ohjausta antavan ammattilaisen välillä. Potilaan niin halutessa, voi hän pyytää mukaansa omaisen. Ohjuksen yhteydessä potilaalle annetaan yleensä myös luettavaa materiaalia, ohjauksen tueksi. Nykyään ohjausta voidaan antaa myös internetin välityksellä tai puhelimitse. Eri ihmiset haluavat tietoa sairaudestaan eri tavalla ja sairaanhoitajan kuuluukin yhdessä potilaan kanssa miettiä, mikä on paras ohjausmuoto kullekin potilaalle. Uutena haasteena terveydenhuollossa on elintapasairauksien runsas lisääntyminen. Elintapaohjausta onkin pyritty toteuttamaan enimmäkseen ryhmämuotoisesti, jotta säästetään henkilökunnan aikaa yksilöohjaukselta ja, jotta potilas saa samalla vertaistukea muilta samassa tilanteessa olevilta ihmisiltä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist. 2014, 34-35.)

Preventiota on montaa eri tasoa ja sillä on pyritty jo kauan vaikuttamaan terveyden edistämiseen. Primääripreventio kohdistuu koko väestöön, ei vain riskiryhmiin. Esimerkiksi peruskoulun ruokailu- ja liikuntatottumuksiin puuttuminen. Tässä puututaan siis vielä sairastumattomiin ihmisiin ja heidän elintapoihinsa ja näin kannustetaan kohti terveellisempiä elämäntapoja. Sekundaaripreventiossa on kyse siitä, kun terveyden edistämiseen puututaan silloin, kun havaitaan joko jo alkanutta sairauden merkkejä tai havaitaan mahdollisia riskejä sairastua. Silloin voidaan yrittää vaikuttaa vain riskiryhmiin, mutta myös koko väestö hyötyy yleensä tällaisesta ohjauksesta. Esimerkkinä tupakoinnin lopettamiseen kannustaminen ja siihen nikotiinituotteiden tarjoaminen avuksi. Tai keskivartalolihavien kannustaminen syömään terveellisemmin, kun tämän neuvon voi kohdistaa koko väestölle, ei vain ylipainoisille. Nämä neuvot ovat erityisesti suunnattu ennaltaehkäisemään sydän- ja verisuonisairauksilta. Tertiääriprevention määrittäminen on hieman hankalaa, mutta sillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi jo sairastuneen toimintakyvyn ylläpitoa tai sairauden etenemisen pysäyttämistä. (Kauhanen ym. 2013, 105.)

Motivoiva haastattelu on keskustelutapa, jota voidaan harjoittaa ohjaajan ja potilaan välillä ja sillä pyritään vahvistamaan potilaan omaa halua muutokseen ja löytämään omaa motivaatiota muutosten tekemiseen. Luottamus sairaanhoitajan ja potilaan välillä on oleellinen osa motivoivaa keskustelua ja se, että potilaalla on tunne, että hän

tulee kuulluksi. Myös potilaan ja sairaanhoitajan välinen yhteistyö on tärkeässä osassa ohjausta. Sairaanhoitajan on oltava empaattinen potilasta kohtaan ja hänen pitää ymmärtää potilaan omia näkemyksiä asioista, vaikka ei välttämättä olisikaan samaa mieltä. Tavoitteena on nostaa pintaan potilasta syyllistämättä tämän toiveiden ja nykytilanteen välinen ristiriita. Potilaan kanssa ei saa alkaa väitellä vaan tuetaan tämän osaamisen tunnetta. Motivoivan haastattelun kulmakivinä voidaan pitää seuraavaa viittä elementtiä. *Empatialla* osoitetaan myötäelämisen taitoa potilasta kohtaan. *Avoimilla kysymyksillä* annetaan potilaalle mahdollisuus pohdiskeluun ja kannustetaan ajattelemaan. *Refleктоivalla kuuntelulla* pyritään toistamaan potilaan sanomaa ja muotoillaan sitä uudelleen. *Myönteisellä palautteella* myötäeletään potilaan tilannetta ja kannustetaan muutokseen. *Yhteenvedolla* lisätään potilaan hallinnan tunnetta ja tietoisuutta ja edistetään muutosprosessia. (Ahonen ym.2014, 38-39.)

Elintapaohjauksen taidot terveydenalan ammattilaisille ovat oleellinen osa ammattitaitoa. Nykypäivänä kuitenkin tietoa on saatavilla paljon helpommin, kuin aikaisemmin. Ihmiset myös hakevat terveyteen liittyvää tietoa itsenäisemmin. Koulutuksella on suuri merkitys terveyden kannalta ja yksilön elämänhallinnan kannalta. Terveyskasvatusta laajempi käsite, eli terveystietäminen on keskeisessä asemassa kohentamassa hyvinvointia koulujärjestelmän ulkopuolella. Terveystietäminen kohdentuu koko väestöön ja sen tarkoitus on vaikuttaa terveystietäytymiseen ja näin voidaan yrittää vähentää sairastumisen riskiä tyypillisiin kansansairauksiin. Terveystietämisennän pitää pohjautua tutkittuun tietoon ja se on hyvä esittää ymmärrettävästi. Nykyään median vaikutus nykyään terveystietämisennän kannalta on erittäin merkittävä. On myös olemassa, että ihmisellä itsellään on hyvää terveydenlukutaitoa, jolloin yksilö kykenee hankkimaan ja arvioimaan tärkeää tietoa oman terveytensä edistämisen kannalta. Internetin tulon myötä kuka tahansa on voinut sekä hakea, että tuottaa tietoa muiden saataville. Sosiaalisella medialla ja keskustelufoorumeilla on ollut iso merkitys viestintäkanavana ja sieltä onkin moni löytänyt vertaistukea ja keskusteluapua. Ongelmana internetissä on faktatietojen ja mielipiteiden sekoittuminen. (Kauhanen ym. 2013, 117-119.)

Muutosvaihemalli on usein valmentavan ohjauksen perustana, kun pyritään kuvaamaan prosessia, jonka asiakas käy läpi tehdessään elintapamuutoksia. Muutosvaihemalli voi olla viisi- tai kuusivaiheinen. Tämä malli kehitettiin alun perin työkaluksi, kun

tupakoinnista yritettiin päästä eroon, mutta sitä sovelletaan nykyään muihinkin elintapaohjauksiin. *Esiharkintavaiheessa* potilas ei vielä hyväksy muutoksen tarvetta tai ei edes tunnista sitä. *Harkintavaiheessa* potilas jo myöntää ongelman ja ajattelee tekevänsä muutoksen asian suhteen. *Suunnitteluvaiheessa* potilas on voinut jo hieman kokeilla muutoksen tekemistä ja tässä vaiheessa voi jo kokea innostumista muutoksen suhteen. *Toimintavaiheessa* potilas tekee konkreettisia muutoksia ja saa siitä sekä monenlaisia tuntemuksia, joihin voi tarvita tukea ammattilaiselta. *Ylläpitovaiheessa* muutosta on kestänyt jo yli kuusi kuukautta ja potilas ymmärtää, että kyse on elämäntapamuutoksesta, eikä lyhyestä kuurista. *Repsahdusvaiheessa* on ohjaajan tuki potilaalle tärkeää. Ja on hyvä ymmärtää, että repsahdaminen kuuluu asiaan ja se ei ole epäonnistumista. Onkin tärkeää valmistautua etukäteen repsahduksia varten. (Ahonen ym. 2014, 38.)

Suomessa ja kansainvälisesti terveysviranomaisten tehtävänä on ylläpitää ja seurata erilaisia muutoksia terveydentiloista ja tilanteiden muutoksista. Kansainvälisesti WHO on merkittävin toimija ja Suomessa seuranta ja monitorointia johtaa THL, eli terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tietoa kerätään systemaattisesti ja tämän perusteella voidaan ohjata terveydenedistämisen voimavaroja tarpeelliseksi nähtyihin ongelmiin puuttumiseksi. Terveysseurannan pääasia kiteytyy juuri tähän toimintaan, eli kerätään oleellista ja luotettavaa tietoa ja toimitaan sen perusteella. (Kauhanen ym. 2013, 132-133.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, millä tavoin erilainen elintapaohjaus on elintapoihin, joilla voidaan vaikuttaa verisuonisairauksien syntymisen ehkäisyyn.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa, jolla terveydenhuollon ammattilaiset voivat ennaltaehkäistä verisuonisairauksien syntymistä ohjaamalla potilaita elintapamuutoksiin. Tässä opinnäytetyössä on keskitytty verenpainetautiin ja valtimonkiovammatautiin.

Tutkimuskysymyksenä:

Mikä merkitys elintapaohjauksella on verisuonisairauksien ennaltaehkäisyssä?

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on perehtyä eri näkökulmiin ja erilaisiin tutkimuksiin, liittyen omaan tutkimusaiheeseen ja samalla katsauksen tekijä kartuttaa omaa tietoaan asiasisällöstä. Tarkoituksena on saada mahdollisimman tarkka ja hyvä kuva tutkittavasta asiasta. Samalla pyritään perehtymään erilaisiin tutkimusmenetelmiin ja -tekniikoihin. Tutkimuksiin perehdyttäessä on tutustuttava päätuloksiin, analyysihin ja päätelmiin. Tutkimustiedon merkityksellisyys on tärkeää osoittaa kirjallisuuskatsauksessa. Kirjallisuuskatsauksessa on tutustuttava ja arvioitava erilaisia ja tärkeimpiä näkökulmia, tutkimusmenetelmiä, johtavia tutkijanimiä sekä tutkimustuloksia. Kerätty tieto on tärkeää lukea huolellisesti ja arvioitava sen merkityksellisyys tutkittavan aiheen kannalta. Historiallisia katsauksia ei suositella otettavan mukaan merkityksellisenä tietona, koska tarkoitus on tutustua uudempaan tietoon ja oletuksena on, että perusasiat ovat jo tiedossa. Kirjallisuuskatsauksen kannalta on oleellista perehtyä materiaaliin niitä kriittisesti arvioiden ja osattava ajatella mikä tieto on katsauksen kannalta oleellista, myös eri tutkimuksien vertailu toisiinsa ja näkökulmien vertailu on oleellinen osa kirjallisuuskatsauksen työprosessia. Opiskelijana kirjallisuuskatsaus on oiva tapa oppia lukemaan ja kriittisesti arvioimaan eri tutkimuksia ja tiedon luotettavuutta. Katsausta tehdessä on oltava puolueeton ja objektiivinen tutkimuksia kohtaan. (Hirsjärvi, Remes & Saajavaara 2005, 112.)

Hyvä kirjallisuuskatsaus auttaa tutkijaa saamaan käsityksen tutkittavasta aiheestaan ja siihen liittyviä olettamuksia. Kirjallisuuskatsaus auttaa ymmärtämään mitä tutkimuksen tekijä aiheesta ymmärtää ja minkälaisilla tavoilla ilmiötä yleensä tutkitaan. Käsitteet ovat oleellinen osa hyvää kirjallisuuskatsausta ja usein katsaus rakentuukin niiden varaan. Tarkoituksena onkin tuottaa tietoa, mitä tutkittavasta aiheesta jo tiedetään ja miten tieto on tuotettu. Tutkimuksen tekijä on tässä asiassa sivuseikka. Kirjallisuuskatsauksen tekijän on osattava ajatella kriittisesti ja itsenäisesti ja varauduttava siihen, että kirjallisuuskatsaukseen menee aikaa. Kirjallisuuskatsauksen edetessä kysymyksenasettelua voidaan joutua rajaamaan uudelleen. (Kylmä ym. 2007, 46.)

Integroiva kirjallisuuskatsaus on selkeä ja laaja tapa tehdä kirjallisuuskatsaus ja se koostuu viidestä eri työvaiheesta. Ensin aloitetaan asettamalla tutkimuskysymys, eli mihin ongelmaan etsitään vastausta. Tutkimuskysymys kannattaa laatia mahdollisimman selkeäksi ja tarkaksi, kuitenkin niin, että se ei rajoita tekemistä liikaa. Seuraava työvaihe on aineiston keruu kirjallisuuskatsausta varten ja tavoitteena on kerätä kaikki oleellinen tieto tutkimuskysymyksen kannalta. Kun tietoa on tarpeeksi, tulee se arvioida kriittisesti ja laadittujen sisäänottokriteerien mukaan. Kolmas työvaihe sisältää hankitun aineiston laadun arvioinnin. Pää tavoitteena on raportoida lähteiden laatu ja miten niitä on hyödynnetty. Neljäs työvaihe on aineiston analysointi, joka tarkoittaa löydettyjen aineistojen tulkintaa ja tulosten analysointia, joka voidaan tehdä useammalla eri menetelmällä. Esimerkiksi taulukot ja käsitekartat, tiedon vertailu tai vaikka jäsentelemällä ja luokittelemalla tietoa. Viides työvaihe on tulkinta ja tulosten esittäminen. Tässä työvaiheessa voidaan hyödyntää erilaisia menetelmiä, kuten tulosten taulukointia tai erilaisia tarkistuslistoja. (Stolt, Axelin, Suhonen. 2016, 110-113.)

4.2 Tiedonhaku

Tiedonhaku alkoi alustavalla lukemisella aiheesta, tutustumalla tuoreimpiin tutkimuksiin ja erilaiseen kirjallisuuteen. Alustavasti kirjallisuutena käytettiin esimerkiksi erilaisia käsikirjoja, tiivistelmiä ja sähköisiä tietokantoja. Tietokannoiksi valikoituivat Medic, Pubmed ja Cinahl Ebsco. Kun tietoa haettiin laaja-alaisesti, saatiin hyvän käsitys siitä, minkälaista tietoa on saatavilla ja samalla mahdolliset avaintutkijat tulivat esiin. Tiedonhaun yhteydessä kirjallisuuskatsausta tehdessä saatiin myös hyvä käsitys oman aiheen rajauksesta. Alussa ei vielä tehty kauhean tarkkoja muistiinpanoja, vaan lähinnä kartoitettiin olemassa oleva tieto koehakujen avulla. (Hirsjärvi, Remes & Saa-
javaara 2005, 100.)

Ennen aineiston keruuta tehtiin suunnitelma, jonka mukaan alettiin kerätä tietoa. Aineiston hakua varten valittiin tietokannat ja asiasanat, joita käytettiin aineiston ha-
kuun. Hakuvaiheessa hakukoneissa käytetyt asiasanat ja rajaukset taulukoitiin. Aineiston löydyttyä, se arvioitiin ennalta suunniteltujen sisäänottokriteerien avulla. (Stolt, Axelin, Suhonen. 2016, 111.)

Taulukko 1. Sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit:

- Tulee vastata tutkimuskysymykseen
- Tutkimuksessa on tutkittu täysi-ikäisiä aikuisia
- Kielellä Suomi tai Englanti
- Julkaistu vuosina 2005-2016
- Tutkimuksen tulee olla kokonaan saatavilla

Aineistoa alettiin hakea kolmesta eri tietokannasta ja niin, että ne vastasivat aikaisemmin asetettuun tutkimuskysymykseen. Ennen hakujen aloittamista luotiin sisäänottokriteerit, jotta hakeminen olisi selkeää ja aineisto mahdollisimman hyvin rajattu. Artikkeleiden tulisi olla kokonaan joko englannin- tai suomenkielisiä. Artikkeleiden tuli olla kokonaan saatavilla (full text). Artikkeleiden tuli olla julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana 2006-2016 ja artikkelin tuli vastata tutkimuskysymykseen. Tutkimusten tuli kohdentua henkilöihin, joilla oli riski sairastua verisuonisairauksiin, mutta ei kuitenkaan vielä todettua verisuonisairautta. Esimerkiksi kohonnut verenpaine, ylipaino, korkeat veren kolesteroliarvot tai elintavoissa tupakointi tai liian vähäinen fyysinen aktiivisuus.

Eri tietokannoista tehtiin hakuja erilaisilla hakusanoilla ja erilaisilla rajauksilla, riippuen tietokannasta löytyvistä tuloksista. Hakusanat ja rajaukset pohjautuivat ennalta määriteltyyn tutkimuskysymykseen ja koehakuihin.

Medic-tietokannassa hakusanoiksi valikoitui verisuonisairaudet AND ohjaus. Hakuun tehtiin rajoituksia, jossa oli asiasanojen synonyymit käytössä, vain koko tekstit ja julkaisun aikarajaksi laitettiin vuodet 2006-2016. Haku tuotti tuloksia yhteensä 11 artikkelia, joista otsikoiden perusteella valikoitiin aluksi kolme artikkelia. Kolmesta valikoidusta artikkelista yksi tippui pois tiivistelmän perusteella. Kun artikkeleja alettiin lukea pidemmälle, todettiin, että tutkimuskysymykseen vastasi kuitenkin vain yksi artikkeli, joka sitten päättyi mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Cinahl Ebsco- tietokannasta haku tehtiin sanoilla cardiovascular AND counselling. Tätä hakua rajattiin hakemalla koko teksti (full text), sekä rajaamalla artikkelien julkaisuvuosi ajalle 2006-2016. Tällä

haulla löytyi yhteensä 23 artikkeli, joista otsikon perusteella valikoitui neljä artikkelia. Näistä neljästä artikkelista yksi tippui pois tiivistelmän perusteella ja jäljelle jäävistä kolmesta artikkelista kaikki kolme päätyivät lopulliseen katsaukseen mukaan, vielä huolellisen tutkimukseen tutustumisen jälkeen. Kolmannen tietokannan, eli Pubmedin haku tehtiin hakusanoilla artery disease AND counseling NOT diabetes. Rajauksiin tietokannassa laitettiin ilmainen koko teksti (free full text) ja julkaisuajaksi viimeiset kymmenen vuotta (last ten years). Tällä haulla saatiin tulokseksi 105 artikkelia. Näistä artikkeleista otsikon perusteella valikoitui kuusi artikkelia. Kun tiivistelmät oli luettu, pudotettiin vielä kolme artikkelia pois. Artikkeleja tarkemmin luettaessa pudotettiin vielä yksi pois, koska se ei vastannut tutkimuskysymykseen.

Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan kuusi artikkelia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Yksi artikkeli oli suomenkielinen ja viisi artikkelia englanninkielisiä. Yksi poikkeus tehtiin artikkelien valinnassa, joka poikkesi alkuperäisestä julkaisuajakarajasta ja mukaan hyväksyttiin yksi vuonna 2005 julkaistu tutkimus. Tutkimuksen ovat tehneet Drevenhorn, Kjellgren ja Bengtson. Tämä tutkimus huolitettiin mukaan, koska se vastasi tutkimuskysymykseen ja se oli julkaistu uudelleen vuonna 2007, joten se tuli hakukoneesta rajauksista huolimatta.

4.3 Aineiston analyysi

Tämä aineisto analysoitiin induktiivisesti, eli analyysi tehtiin aineistolähtöisesti. Tutkimuksen aiheena oleva ilmiö tuli olemaan tuloksena olevan kuvauksen kohde. (Kylmä ym. 2007, 29). Aluksi aloitettiin taulukoimalla tutkimusten sisältöä, kuten tekijä, julkaisuvuosi, julkaisumaa, tutkimuksen tarkoitus, aineisto ja lyhyesti tutkimusten tulokset. Koska kyseessä oli interventiotutkimuksia, käytiin läpi tutkimuksia luettaessa se, mihin interventioita on verrattu. Tässä tapauksessa tutkimuksissa mainitut verrokki-ryhmät. Osa tästä työstä tehtiin, jo tutkimuksia valittaessa ja samalla arvioitaessa. Tutkimusten laatua arvioitiin ja niiden mahdollisia ristiriitaisuuksia tarkasteltiin. Kuitenkin tulokset olivat hyvin samankaltaisia ja niissä ei juuri ristiriitaisuuksia löydetty. Aineistoa luettiin läpi useita kertoja. (Stolt ym. 2016, 30-31.)

Toisessa vaiheessa luettiin tutkimuksia ja niistä etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia ja niitä pyrittiin vertailemaan keskenään, erityisen tarkasti luettiin tulososat ja

johtopäätökset. Tutkimuksista tehtiin yhteenvedo samankaltaisuuksista ja ne koodattiin väreillä ja niistä koottiin taulukko kokonaisuuden selkeyttämiseksi. Aineistosta poimittiin samankaltaisia teemoja ja asioita, mitkä havaittiin toistuvasti tulevan ilmi. Tutkimuksista etsittiin asioita mitkä yhdistivät niitä ja mahdolliset eroavaisuudet. Samankaltaisuuksia ryhmiteltiin ja niitä vertailtiin keskenään. Tätä osaa toisteltiin usein ja se tehtiin usein jotta pienistä asioista tulisi lopulta selkeä iso kokonaisuus. Toistuvia teemoja yhdisteltiin ja ne nimettiin sisältöjen mukaan. (Stolt ym. 2016, 30-31.)

Kolmannessa vaiheessa tehtiin tuloksista synteesi, eli looginen kokonaisuus, jossa esitettiin sekä yhteneväisyydet, että eroavaisuudet. Jotta synteessin havainnollistaminen olisi mahdollisimman selkeää muodostettiin sen avuksi taulukko, johon kerättiin tärkeäksi muodostuneet käsitteet ja asiat. Taulukkoon koottiin kaikista tutkimuksista ne asiat, joita oli poimittu ja jotka toistuvasti tulivat esiin. Tehdyt päätökset perustuivat aina siihen, että oli pyrittävä koko ajan vastaamaan tutkimuskysymykseen. (Stolt ym. 2016, 30-31.)

5 Tulokset

5.1 Tutkimukset tiivistetysti

Brittiläisessä Kolumbiassa, Kanadassa toteutettu tutkimus pyysi avukseen useita lääkärin vastaanottoja ja alkoi sitä kautta kerätä aineistoaan. Tätä Kanadalaista tutkimusta mainostettiin sanomalehdessä, radiossa ja julisteita lähetettiin monille suurille työnantajille. Primääripreventioryhmä, jonka rinnalla oli verrokkiryhmä ja osallistujia yhteensä 315 huomattiin merkittäviä muutoksia vuoden seurantajakson aikana. Kolesteroliarvot paranivat, systolinen verenpaine laski, ravitsemus parani ja terveydellinen itsevarmuus parani. Interventio koostui potilaalle ja lääkärille lähetetystä raportista, jossa oli kunkin potilaan henkilökohtaiset riskitekijät ja itsehoito-ohjeet, jonka tueksi toteutettiin puhelin ohjaus. Potilaan ennalta täytetyn riskiprofiilin perusteella keskusteltiin elintavoista, siinä järjestyksessä, missä ne oli arvioituhaittaavimmiksi. (Wister, Loewen, Kennedy-Symonds, McGowan, McCoy & Singer 2007, 859-865.)

Puhelin-neuvonnan toteuttivat kaksi kliinistä elintapaohjaajaa, jotka olivat päteviä toteuttamaan verisuonisairauksien ehkäisyn ohjausta ja jotka saivat koulutuksen motivoivaan haastatteluun, elintapaohjaukseen liittyen. Jokainen potilas sai henkilökohtaista ohjausta puhelimitse perustuen henkilökohtaiseen riskiarviointiin, joka lähetettiin sekä omalle lääkärille ja potilaalle itselleen. Jokaisen ohjauskerran jälkeen potilas sai postitse yhteenvedon ohjaustuokiosta. Tämä ohjausmuoto todettiin tehokkaaksi ja sillä saatiin aikaan toivottuja tuloksia. Osallistujat, jotka olivat valmiita lopettamaan tupakoinnin, saivat ylimääräistä ohjausaikaa. (Wister, Loewen, Kennedy-Symonds, McGowan, McCoy & Singer 2007, 859-865.)

Toinen elintapaohjaus toteutettiin Suomen Lapissa, ja se toteutettiin ryhmäohjauksena, jossa kuitenkin huomioitiin potilaan yksilöllinen ohjaustarve. Ennen interventioiden alkua mitattiin verenpaineet, verikokeissa kolesteroliarvot, sokeriarvot ja BMI. Kuuden kuukauden seurantatapaamisen yhteydessä oli tapahtunut positiivisia muutoksia, mutta kuitenkin vuoden seurannan kohdalla oli tapahtunut repsahduksia ja muutos edelliseen seurantaan oli joissain mittauksissa joko olematon tai tulokset olivat pysyneet samana. Eli verenpaineissa oli huomattu verenpaineen laskua, veren sokeriarvot olivat laskeneet ja BMI oli pienentynyt. Ennen jokaista ohjauskertaa osallistujien piti tehdä tehtäviä, joista sitten keskusteltiin ohjauksen aikana. (Ylimäki 2015. 44-54.)

Ryhmissä oli keskimäärin kahdeksan henkilöä ja ohjauskerrat kestivät 60-90 minuuttia. Ohjauksissa pyrittiin vahvistamaan reflektointia ja itsearviointia. Tavoitteena ohjauskerroissa oli yksilöllinen motivointi elintapamuutoksiin ja muutosten tekemisen tukeminen. Pyrkimyksenä oli myös saada elintapamuutoksen tekijät tunnistamaan terveyttä uhkaavat tekijät ja terveyttä edistävät tekijät. Ryhmään osallistujilla oli avattuna myös oppimisympäristö, jonka kautta he pystyivät keskustelemaan keskenään, jolloin heillä oli myös vertaistukea elintapamuutoksessa. Oppimisympäristön tarkoituksena oli saada myös osallistujat ymmärtämään elintapamuutoksen tarpeen, erilaisten testien avulla. Elintapamuutosohjauksen toteuttivat kuntien terveydenhuoltohenkilökunta, joka oli saanut koulutuksen ohjauksen pitoon, ennen elintapaohjausien alkamista. (Ylimäki 2015. 44-54.)

Kolmannessa satunnaistetussa tutkimuksessa, jossa interventioryhmä ja verrokki-ryhmä, joille toteutettu elintapaohjaus ja vuoden seurantajakso, huomattiin positiivisia tuloksia. Koehenkilöiden verenpaineet laskivat ja potilaiden ylipaino väheni myös. Ruotsissa toteutettuun tutkimukseen osallistui satunnainen joukko, joilla oli riskinä sairastua verisuonisairauksiin. Ikähaarukka osallistujilla oli 18-65 ja heillä oli todettu joko korkea verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriö, ylipainoa tai tyypin kaksi diabetes. Kuitenkaan mukaan ei huolittu potilaita, joilla on jo todettu esimerkiksi sepelvaltimotautia tai sairastettu aivoinfarkti. Tutkimukseen valikoitui 151 henkilöä, jotka jaettiin satunnaisesti joko kontrolliryhmään (n=76) tai interventioryhmään (n=75). (Eriksson, M., Westborg & Eliasson 2006, 453-460.)

Elintapaohjauksen toteutti moniammatillinen työryhmä, johon kuului fysioterapeutteja, ravitsemusterapeutti, lääkäri ja laboratorion hoitaja. Interventioryhmä tapasi ensimmäisten kolmen kuukauden aikana kolme kertaa viikossa ohjatun liikunnan merkeissä. Interventiojoukko jaettiin kuuteen ryhmään, jotka tapasivat ravitsemusterapeutin 5 kertaa kolmen kuukauden aikana, jolloin he saivat 20 minuutin ajan ohjausta, sekä kirjallista materiaalia. Jokainen ryhmä kutsuttiin kerran kuussa seurantakäynnille ryhmänä, yksilöohjausta ei ollut tarjolla. Seurantakäynnit toteutettiin kolmen ensimmäisen ohjauskuukauden jälkeen ja seurantakäynnit tehtiin vuoden ajan elintapaohjauksen alettua. Tapaamisten tarkoituksena oli lisätä tietoa elintapamuutosten ja terveyden välillä, rohkaista elintapamuutokseen ja tarjota sosiaalista tukea. Tämän tutkimuksen kontrolliryhmälle oli tarjolla normaalia terveyden huoltoa ja yksi tapaaminen, jossa oli mukana lääkäri, ravitsemusterapeutti ja fysioterapeutti. Tapaamisessa kontrolliryhmälle tarjottiin tietoa elintapojen merkityksestä terveyteen, ravitsemuksesta tietoa oli tarjolla suullisesti ja kirjallisesti. Ensimmäisten kolmen kuukauden jälkeen molemmissa ryhmissä oli havaittavissa positiivisia muutoksia, mutta vuoden seurantajakson jälkeen vain interventioryhmällä oli enää havaittavissa suotuisia muutoksia. Osallistujilla oli paino vähentynyt, verenpaineet laskeneet ja vyötärönympäryys kaventunut. Kuitenkin molempien ryhmien kokema elämänlaatu oli parantunut ja ryhmien välinen liikunnan lisääntymisessä ei ollut huomattavia eroja vuoden seuranta-ajan kohdalla. (Eriksson, M., Westborg & Eliasson 2006, 453-460.)

Neljännän tutkimuksen tarkoitus oli kokeilla sairaanhoitajan strukturoidun interventio-ohjelman vaikutusta korkean verenpaineen hoidossa. Elintapaohjaus jolla voidaan

vaikuttaa korkeaan verenpaineeseen auttaa potilaita vähentämään riskitekijöitä elintavoissaan. Riskitekijöihin kuuluu tupakointi, alkoholin liiallinen kulutus, ylipaino, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, negatiivinen stressi ja fyysinen passiivisuus. Vuotuisen lääkärin terveystarkastuksen yhteydessä todettujen korkeasta verenpaineesta kärsivien potilaiden pyydettiin osallistumaan sairaanhoitajan ohjaukseen, liittyen korkean verenpaineen lääkkeettömään hoitoon ja 15 kuukauden seurantajaksoon. Etelä Ruotsalaisessa tutkimuksessa lopullisia osallistujia oli kuitenkin vain 100, kun alun perin mukaan kutsuttiin 177 henkilöä. Ennen elintapaohjausjakson alussa kaikilta osallistujilta mitattiin verenpaine, veren kolesteroliarvot ja BMI. Aluksi kaikki osallistujat saivat suullisen ohjauksen sairaanhoitajalta ja tämän jälkeen tietoa kirjallisena elintapojen vaikutuksesta riskitekijöihin ja sairauksista. Osallistujille kerrottiin myös lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista. Jokaisella tapaamiskerralla otettiin tiettyjä mittauksia, kuten verenpaine, BMI ja mitattiin myös vyötärö-lantio-suhde. Muita, kattavampia mittauksia tehtiin seurantajakson alussa ja lopussa. (Drevenhor, Kjellgren & Bengtson 2005, 144-150.)

Käyntien yhteydessä osallistujia opastettiin terveellisen ruokailun pariin ja järkevään energiansaantiin, myös kuidun merkitystä korostettiin ja hyvien rasvojen käyttöön. Potilaat joilla tunnistettiin metabolinen oireyhtymä, huomioitiin erikseen, korkeamman sairastumisriskin vuoksi. Jos puolen vuoden aikana ruokavalionmuutoksilla ei päästy haluttuihin tuloksiin veren kolesterolitasojen suhteen, konsultoitiin lääkäriä lääkinnän merkeissä. Verenpaineen mittausta varten sovittiin seurantatapaamisia. Tarpeen mukaan osallistujille tarjottiin tiheämpiä tapaamisia, jos tarvetta oli intensiivisemmälle ohjaukselle kosken elintapamuutoksia. Tavanomaiset tapaamiset järjestettiin kolmen kuukauden välein, jolloin jokainen osallistuja sai ohjausta henkilökohtaisen riskiprofiilinsa perusteella. Kokonaisuudessaan osallistujien verenpaine laski, kolmen potilaan liiallinen alkoholin kulutus nousi esiin, kaksi tupakoitsijaa lopetti tupakoinnin, fyysinen aktiivisuus lisääntyi, kaksi uutta diabeetikkoa diagnosoitiin ja yksi kolmasosa potilaista muutti lääkitystään. Varsinkin naisten keskuudessa painon lasku oli merkittävää, veren rasva-arvoissa ei kuitenkaan huomattu merkittävää alenemista ja neljälle osallistujalle aloitettiin kolesterolia alentava lääkitys. (Drevenhor, Kjellgren & Bengtson 2005, 144-150.)

Viidennen tutkimuksen tavoitteena oli kuvata kokemuksia terveystarkasteluihin osallistujilta, joille oli informoitu terveystarkastuksen yhteydessä heidän korkeammasta riskistä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Ruotsalaisen tutkimuksen tavoitteena oli kuulla potilaiden kokemuksia kohtaamisesta sairaanhoitajan kanssa, joka ohjasi heitä elintapamuutokseen. Osalle potilaista tuli yllätyksenä kuulla, että heillä on riski sairastumiseen ja osalle tieto toi varmuutta. Ohjauksessa potilaat kävivät hoitajan kanssa läpi laboratoriokokeiden tuloksia ja verenpaineiden normaaliarvoja, elintapamuutoksen tärkeyttä ja he sopivat tarvittaessa seurantakäyntejä, jotta tilanteen mahdollista muuttumista pystyttiin seuraamaan. (Persson & Friberg 2008, 520-527.)

Tutkimuksessa todettiin, että ohjausta antavan hoitajan on oltava tietoinen potilaiden erilaisista perspektiiveistä muuttuneesta terveydentilasta ja sen mahdollisesta vaikutuksesta elämäntilanteeseen. Potilaan kohtaaminen vaatii valmistautumista ja pedagogista osaamista, sekä ymmärrystä potilasta kohtaan ja tämän tarvetta tulla ymmärretyksi. Hoitajan on myös huomioitava potilaan yksilöllinen tarve saada motivaatiota elintapamuutokseen. Tuloksissa käy ilmi, että yksikin tapaaminen ja terveystarkastelun vaikutus oli osallistujan elämässä suuri. Osallistujien tapaamiset olivat yksilöohjausta, sairaanhoitajan vastaanotolla. Pedagogisille kohtaamisille on varattava aikaa ja tilaa, sydän- ja verisuonisairauksien syntymisen ehkäisyssä, tarvittavia seurantakäyntejä varten perusterveydenhuollossa. Osa potilaista otti uuden tiedon innolla vastaan ja koki voimaantuneensa tiedosta, että voi itse vaikuttaa omaan sairastumisen ehkäisemiseen. Osa potilaista koki, että aika perheen kanssa ja työn parissa esti liikunnan lisäämisen. Lisää tutkittavaa riittää aiheesta elintapaohjauksen kohtaamisesta ja miten potilaat elävät sen tiedon kanssa, että heillä on riski sairastua vakavasti. (Persson & Friberg 2008, 520-527.)

Ottawalaisen, eli kuudennen tutkimuksen tarkoitus oli kokeilla elintapaohjauksen vaikutusta ihmisiin, joilla on riski sairastua verisuonisairauksiin ja vähintään yksi seuraavista muutettavissa olevista riskitekijöistä, tupakointi, vähäinen fyysinen aktiivisuus, dyslipidemia, korkea verenpaine tai vatsan seudun liikalihavuus. Jokaisen osallistujan, joku läheinen on myös ollut sairaalassa akuutin sepelvaltimotapahtuman vuoksi. Tutkimuksessa oli sekä interventioryhmä, että verrokkiryhmä. Osallistujat houkuteltiin mukaan mainosten ja mainoslehtisten avulla ja sen jälkeen heillä todettiin vähintään

yksi riskitekijä, jotka on mainittu jo aikaisemmin. Kyseessä oli vuoden mittainen elintapainterventio, jonka aikana vuoden alussa, kolmen kuukauden kohdalla ja vuoden kuluttua tehtiin kaikille osallistujille mittaukset, kuten verenpaineen mittaust, veriko-
keet, paino, pituus, BMI ja samoilla kerroilla käytiin läpi osallistujien elintavoissa ta-
pahtuneet muutokset ja annettiin palautetta. (Reid, McDonnell, Riley, Mark, Mosca,
Beaton, Papadakis, Blanchard, Mochari-Greenberger, O'Farrell, Wells, Slovinec D'An-
gelo, & Pipe 2014. 23-30.)

Elintapamuutoksia selviteltiin kyselyillä. Ohjauskertoja oli yhteensä 17, joista ensim-
mäiset 12 olivat viikoittain intervention alussa ja sen jälkeen harvemmin ja viimeinen
sessio oli vuoden loputtua. Interventioryhmä kävi keskustelua ja he saivat myös kir-
jalliset ohjeet, joiden avulla muutoksia alettiin tehdä, kun kontrolliryhmä sai ainoas-
taan kirjallisen materiaalin. Interventioryhmän kolesteroleissa ei tapahtunut muutok-
sia, mutta liikunnan määrä lisääntyi, syötyjen kasviksien ja hedelmien määrä lisään-
tyi, painoa putosi ja vyötärön ympärysmitta pieneni toisin kuin verrokkiryhmällä. Tut-
kimukseen osallistui yhteensä 426 ihmistä, joista 211 oli interventioryhmässä ja 215
oli kontrolliryhmässä. Näihin ryhmiin osallistujat jaettiin satunnaisesti. (Reid, McDon-
nell, Riley, Mark, Mosca, Beaton, Papadakis, Blanchard, Mochari-Greenberger, O'Far-
rell, Wells, Slovinec D'Angelo, & Pipe 2014. 23-30.)

5.2 Vaikuttava elintapaohjaus

Kaikissa tutkimuksissa yhtenäistä oli ohjausta antavan ammattilaisen pätevyyden
merkitys ja ammatillinen osaaminen. Potilaille oli tärkeää saada näyttöön perustuvaa
tietoa sekä suullisesti, että kirjallisena. (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Eriksson ym.
2006, 453-460; Persson ym. 2008, 520-527; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007,
859-865; Ylimäki 2015. 44-46.) Moniammatillinen työryhmä osoittautui hyödylliseksi
tavaksi lähestyä elintapaohjausintervention toteutusta. Myös ohjaajien koulutus en-
nen intervention alkua oli tärkeää. (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Eriksson ym. 2006,
453-460; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865; Ylimäki 2015. 44-46.) Ta-
paamiset potilaan ja elintapaohjausta toteuttavan ammattilaisen kesken oli vaikutta-
vaa ja mahdollisti vuoropuhelun ja kysymykset (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Eriks-
son ym. 2006, 453-460; Persson ym. 2008, 520-527; Reid ym. 2014. 23-30; Ylimäki
2015. 44-46), kuitenkin myös puhelimitse annettu elintapaohjaus yhdessä kirjallisen

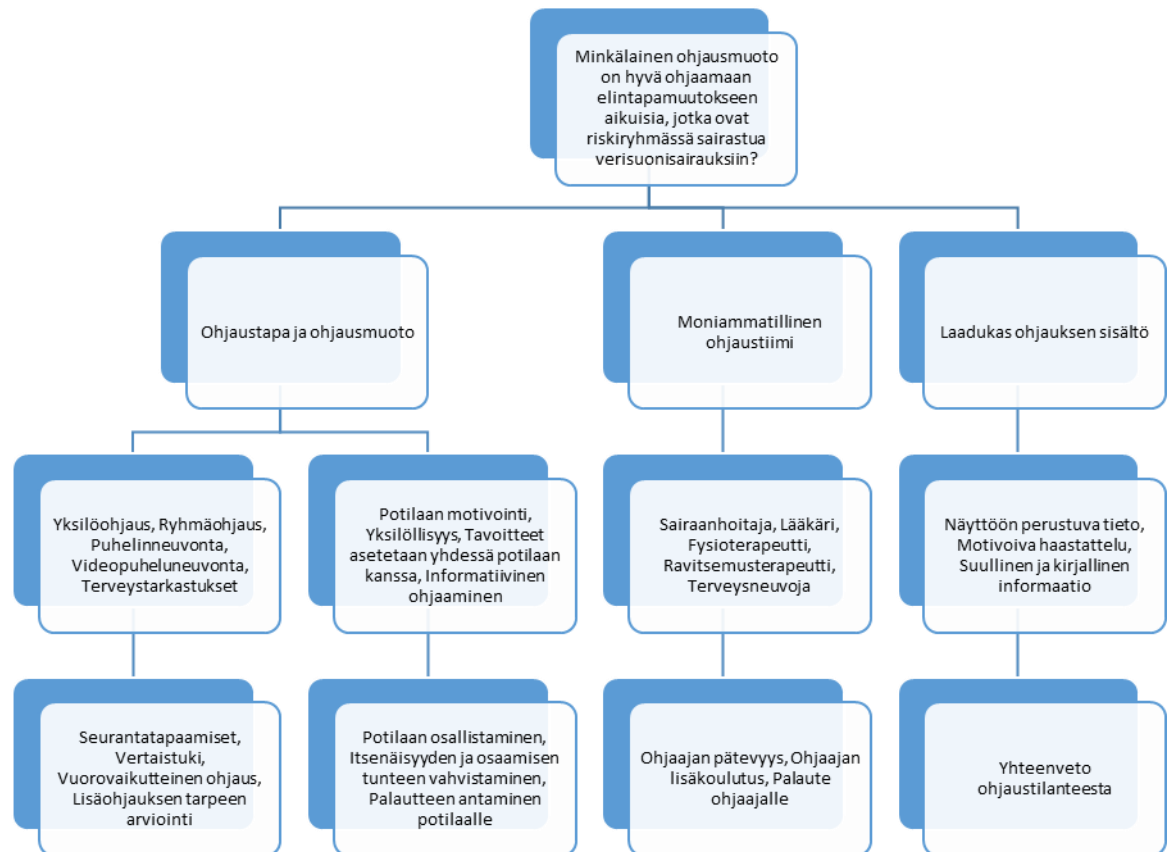
materiaalin kanssa tuotti tulosta, (Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865), samoin videopuhelulla toteutettu elintapaohjaus. (Ylimäki 2015. 44-46.)

Ryhmäohjauksessa olevat potilaat saivat aikaan elintapamuutoksia (Eriksson ym. 2006, 453-460; Ylimäki 2015. 44-46) ja yksilöohjauksella oli myös positiivisia vaikutuksia osallistujien elintapamuutoksiin. (4.Drevenhor ym. 2005, 144-150; Persson ym. 2008, 520-527; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865). Seuranta-ajoilla ja seurantatapaamisilla oli tärkeä merkitys elintapaohjauksen onnistumisessa. (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Eriksson ym. 2006, 453-460; Persson ym. 2008, 520-527; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865; Ylimäki 2015. 44-46) Vertaistuki internetin välityksellä oppimisympäristön kautta, oli etuna elintapamuutosta tehtäessä (Ylimäki 2015. 44-46).

Tavoitteet asetettiin yhdessä potilaan kanssa ja tavoitteet olivat yksilöllisiä (Eriksson ym. 2006, 453-460; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865), myös ryhmäohjauksessa huomioitiin yksilöiden väliset erot (Ylimäki 2015. 44-46). Tarvittaessa tarjottiin lisäohjausta, jos se oli elintapamuutoksen kannalta oleellista (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Wister ym. 2007, 859-865). Elintapaohjauksessa otettiin huomioon kaikki elintapojen osa-alueet, eli ruokailutottumukset, tupakoinnin vaarat, liian vähäinen liikunta ja alkoholin haitallinen kulutus (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Eriksson ym. 2006, 453-460; Persson ym. 2008, 520-527; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865; Ylimäki 2015. 44-46). Ohjauksen perustana oli näyttöön perustuva tieto ja informatiivinen ohjaus (Persson ym. 2008, 520-527; Wister ym. 2007, 859-865).

Ohjauksissa tärkeää oli potilaan motivoiminen elintapamuutoksiin (Wister ym. 2007, 859-865; Ylimäki 2015, 44-46), elintapamuutoksien ylläpito sekä mahdollisiin vaikeuksia aiheuttaviin tilanteisiin varautuminen, kuten työkiireet ja lomakaudet (Eriksson ym. 2006, 453-460). Ohjaustilanteet olivat hyviä silloin, kun ne olivat enemmänkin keskustelua ja vuorovaikutteisia (Ylimäki 2015, 44-46). Elintapaohjauksilla oli vaikutusta, kun ohjaustapaamisia oli useampia (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Eriksson ym. 2006, 453-460; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865; Ylimäki 2015. 44-46), mutta jo yhdelläkin tapaamiskerralla voitiin saada aikaiseksi muutoksia potilaan elintapoihin (Persson ym. 2008, 520-527). Elintapaohjauksessa motivoiva haastattelu oli yksi käytetty ja toimivaksi todettu ohjausmalli (Wister ym. 2007, 859-865),

myös vaikuttavuuden tunne omassa elämässä ja itsenäisyyden korostuminen tuli ilmi potilaita haastateltaessa (Persson ym. 2008, 520-527). Palautteen antaminen sekä potilaalle, että ohjausta antavalle ammattilaiselle huomattiin hyväksi tavaksi kehittää elintapaohjausta (Reid ym. 2014. 23-30). Tehtyjen elintapamuutosten ylläpitäminen, ohjauksen loputtua otettiin puheeksi ja miten mahdollisista vastoinkäymisistä voi päästä yli (Eriksson ym.2006, 453-460) (ks. Kuvio 1).



Kuvio 1. Tulokset

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä tietoa siitä, voiko elintapaohjauksella ennaltaehkäistä riskiryhmässä olevia ihmisiä sairastumasta verisuonisairauksiin ja kaikissa tutkimuksissa tultiin tulokseen, että elintapaohjauksella voidaan vaikuttaa ehkäisevästi sairastumiseen (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Eriksson ym. 2006, 453-460; Persson ym. 2008, 520-527; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865;

Ylimäki 2015. 44-53). Pätevien ja koulutettujen ohjaajien antama elintapaohjaus oli vaikuttavaa ja ohjauksen oli oltava yksilöt huomioivaa ja informatiivista. Ihmiset jotka ovat riskiryhmässä sairastua verisuonisairauksiin voivat vaikuttaa mahdolliseen sairauden ennaltaehkäisemiseen elämäntapavalinnoilla. Muuttamalla ruoan laatua vähäsuolaisemmaksi ja kuiturikkaammaksi saadaan positiivisia tuloksia aikaiseksi. Lopettamalla tupakanpolto ja välttämällä alkoholin liikakulutusta voidaan parantaa terveyttä ja lisäämällä liikuntaa saadaan suotuisia vaikutuksia aikaiseksi. Terveystieteen ammattilainen voi elintapaohjauksella auttaa potilasta tekemään elämässä parempia valintoja ja siten edesauttaa verisuonisairauksien ennaltaehkäisyssä. (Eriksson ym. 2006, 453-460.)

Ajantasaisen tiedon tarjoaminen ja potilaan kuunteleminen ja motivoiminen ovat tärkeitä taitoja jokaiselle terveysalan ammattilaiselle. On tärkeää asettaa tavoitteet yhdessä potilaan kanssa ja antaa tietoa sekä kirjallisena että suullisena. (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Eriksson ym. 2006, 453-460; Persson ym. 2008, 520-527; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865; Ylimäki 2015. 44-46) Ammatilaisen on hyvä osata keskustelemalla edetä ohjaustilanteissa ja pitää ohjaushetket vuorovaikutteisina (Ylimäki 2015, 44-46). Potilaan aktivoiminen pohtimaan omia valintojaan ja asettamaan tavoitteita, oli hyvä keino saada aikaan muutoksia (Drevenhor ym. 2005, 144-150; Eriksson ym. 2006, 453-460; Reid ym. 2014. 23-30; Wister ym. 2007, 859-865; Ylimäki 2015. 44-53.)

Johtopäätös tutkimuksista on se että jos potilaalle annetaan mahdollisimman ajantasaista tietoa verisuonisairauksista ja siitä, miten niiden ennaltaehkäisyyn voi itse vaikuttaa, saadaan sen avulla annettua yksilöille mahdollisuus vaikuttaa omaan terveyteen. Varsinkin riskiryhmässä oleville potilaille on syytä kertoa, miten he voivat omalla toiminnalla ja omilla elämäntapavalinnoillaan vaikuttaa omaan terveydentilaan. Yksilöt huomioiva ohjaus on tärkeää sekä ryhmäohjauksessa, että yksilöohjauksessa. Terveystieteen henkilöstön koulutuksella ja ammattitaidolla on merkitystä elintapaohjauksen laatuun ja sitä kautta potilaan elintapamuutoksen onnistumiseen.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hankittua tietoa ja löydettyä kirjallisuutta lähestyttiin kriittisesti sekä lähteen että tutkimusten luotettavuuden kannalta. Koska lähdemateriaalia on monenlaista tarjolla, on olennaista tarkastella löydettyä tietoa kriittisesti ja eri näkökulmista. Kaikki tärkeältä vaikuttava teksti ei ole aina luotettavaa tai millään tavalla oleellista katsauksen kannalta, joten tiedon haun aikana lähteet valittiin harkiten ja rajaten. (Hirsjärvi, Remes & Saajavaara 2005, 102.)

Jokaiseen tutkimukseen kuuluu pohdinta sen eettisyydestä ja luotettavuudesta. On otettava huomioon mahdolliset seikat tutkimuksen mahdollisista eettisyyttä ja luotettavuutta uhkaavat tekijät. On myös mietittävä, miten mahdollisiin uhkiin suhtautuu, jotta niitä voisi ennaltaehkäistä. (Kylmä, Juvakka 2007, 67.)

Jo aihetta valittaessa otettiin huomioon eettisyys ja mikä aihe olisi ajankohtainen ja merkittävä. Koska käytetyt artikkelit olivat ihmisiin kohdistuvista tutkimuksista, oli huomioitu tutkimusten valinnassa niiden eettisyyden toteutuminen. Koehenkilöiden suostumus ja oikean tiedon antaminen tutkimuksesta siihen osallistujille on oleellista eettisyyden kannalta. Myös oman työn kannalta epärehellisyyttä vältettiin. Plagiointia vältettiin, tuloksia ei ole keksitty tai muuteltu ja raportointi on tehty totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 26-27.)

Käytetyistä artikkeleista viisi oli englannin kielellä ja se voi olla luotettavuuden kannalta vaikeuttava tekijä, joten niiden lukeminen pyrittiin tekemään mahdollisimman huolellisesti ja tarkkaan. Kuitenkin aina käännettäessä kieleltä toiselle, on mahdollisuus, että asia muuttuu. Kirjallisuuskatsausta oli tekemässä vain yksi henkilö, jolloin sekin voi osaltaan vaikuttaa tuloksiin, koska näkökulmia työn edetessä oli vain yksi. Kuitenkin artikkelit katsaukseen valittiin tarkoin ja niiden lukemiseen käytettiin aikaa, ja ne on käyty läpi tutkimuskysymys mielessä pitäen. Kaikkien kuuden tutkimuksen laatua arvioitiin lukemalla ne huolellisesti ja pitämällä mielessä niiden toteutustapa. Jokaisessa tutkimuksessa oli kirjattu huolellisesti osallistujien lähtökohdat ja miten elintapaohjaus oli toteutettu sekä lopulliset muutokset potilaiden elintapoihin liittyen. Valitut tutkimukset vaikuttivat luotettavilta ja niitä oli tekemässä useampi ihmi-

nen, jolloin laatua on varmistamassa enemmän kuin yksi tekijä. Tutkimukset oli suunniteltu huolellisesti ja toteutettu niin, että niistä oli tehty hyvät ja selkeät yhteenvedot ja tulokset.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa olisi syytä tutkia median antamaa tietoa ja miten se vaikuttaa ihmisten terveyskäyttäytymiseen. Osaavatko ihmiset lukea kriittisesti löytämiään tekstejä. Ja vaikuttaako mediasta saatu tieto niin, että potilas kyseenalaistaa ammattilaisen antamaa näyttöön perustuvaa tietoa. Myös sosiaalisessa mediassa on paljon ihmisiin vaikuttavaa, kun päivittäin sitä kautta voidaan jakaa ja hakea tietoa, vaikka sen luotettavuus on aika kyseenalaista. Median hyödyntäminen elintapaohjauksessa olisi myös syytä huomioida. Sen lisäksi, että videopuhelut ja puhelinyhteydet on havaittu toimiviksi, voisi olla syytä luoda sovellus älypuhelimiin ja mitä tahansa mikä tavoittaa nykypäivän ihmiset ja auttaa tekemään päivittäin hyviä valintoja. Olisi hyvä myös tutkia miten helposti ihmiset uskovat itseään personal traineriksi kutsuvien ihmisten neuvoja ruokailuun ja liikuntaan liittyen, tämän tittelin kun kukin voi vain itselleen antaa, jopa muutaman päivän kurssin jälkeen.

Lähteet

- Alkoholiongelman hoito. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 09.03.2017. www.kaypahoito.fi
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 34-35, 38, 39
- Drevenhor, E., Kjellgren, K., Bengtson, A. 2005. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. Göteborg university, Sweden.
- Eriksson, M., Westborg, C-J. & Eliasson M. A. 2006. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors The Björknäs study. Scandinavian Journal of Public Health, 2006; 34: 453–461
- Fogelholm, M., Hakala, p., Kara, R., Kiuru, S., Kurppa, S., Kuusipalo, H., Laitinen, J., Marniemi, A., Misikangas, M., Roos, E., Sarlio-Lähteenkorva, S., Schwab, U. & Virtanen, S. 2014. Terveyttä ruoasta, Suomalaiset ravitsemussuosituks 2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 11-12, 13, 29-30, 32, 34, 38, 44, 45,
- Helldán, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Raportti 21/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 12, 16, 17, 19
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi, 26-27, 98-113, 153, 160
- Huttunen, J. 2015a. Alkoholit ja terveys. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 09.03.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120
- Huttunen, J. 2015b. Mistä terveys syntyy. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 06.04.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00928
- ISTU VÄHEMMÄN – VOI PAREMMIN! Kansalliset suositukset istumisen vähentämiseen. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2015. Helsinki: Edita Prima. 26,
- Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 103-105, 117-119, 132-133, 218-220, 286-290
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet, Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:1. Helsinki: Yliopistonpaino. 30-32, 36-38, 40-47, 49-53, 52-59, 62-64, 65-66
- Koskinen, S., Lunqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. 66-69, 70-73, 82-87
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prisma Oy. 26-27, 46

Lihavuus (aikuiset). 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. viitattu 09.03.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010>

Liikunta. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 09.03.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 96-97,

Patja, K. 2016. Tupakka ja sairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 09.03.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066#s6

Persson, M & Friberg, F. 2008. The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. 2009 Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 18, 520–528

Reid, R., McDonnell, L., Riley, D., Mark, A., Mosca, L., Beaton, L., Papadakis, S., Blanchard, C., Mochari-Greenberger, H., O'Farrell, P., Wells, G., Slovinec D'Angelo, M., & Pipe, A. 2014. Effect of an intervention to improve the cardiovascular health of family members of patients with coronary artery disease: a randomized trial. Canadian Medical Association or its licensors, January, 2014. 23-30

Sand, O., Sjaastad, O., Haug, E., Bjälle, H. & Toverud, K. 2013. Ihminen Fysiologia ja Anatomia. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 289, 312

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Korj. p. 2. Turku: Juvenes Print, 110-13

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt, verkkojulkaisut. 2013, 1. Kuolemansyyt vuonna 2013 . Helsinki: Tilastokeskus viitattu: 7.3.2017. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_001_fi.html

Terveiden edistämisen laatusuositus. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. julkaisuja 19:2006. Helsinki: Yliopistopaino. 23-29.

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 09.03.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi40020>

Vähänen, M. & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät. Raportti 15/2015. Turku: Juvenes Print. 11, 32-45,

Wister, A., Loewen, N., Kennedy-Symonds, H., McGowan, B., McCoy, B., Singer, J. 2007. One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk, Department of Gerontology, Simon Fraser University, Vancouver, BC.

Ylimäki, E-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Oulu: Oulun Yliopisto.

Liitteet

Liite 1. Haut tietokannoittain

Tietokanta ja tiedon haun päi- vämäärä	Hakusanat	Rajaukset	Hakutu- los	Otsikon perus- teella va- litut	Abstraktin (eli tiivistel- män) pe- rusteella valitut	Lopullisia valittuja artikke- leita
Medic 14.09.2016	veri- suonisairaudet AND ohjaus	vain koko tekstit asiasanojen synonyymit käytössä 2006-2016	11	3	2	1
Cinahl Eb- sco 15.09.2016	cardiovascular AND counselling	full text 2006-2016	23	4	3	3
Pubmed 15.09.2016	artery disease AND counseling NOT diabetes	free full text last 10 years	105	6	3	2

Liite 2. Artikkelit

NRO	Tutkimuksen nimi, tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja keruu	Keskeiset tulokset
1	One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk, Department of Gerontology, Simon Fraser University, Vancouver, BC. Wister, A., Loewen, N., Kennedy-Symonds, H., McGowan, B., McCoy, B., Singer, J. 2007.	Tutkimuksen tarkoitus oli testata matalan intensiteetin elämäntapa intervention tehokkuutta, vähentää valtimosairauksia keski-ikäisillä ihmisillä. Se piti sisällään vuoden seurantajakson aikana ainoastaan kaksi puhe- linneuvontaa ja kirjallisen raportin.	Tässä tutkimuksessa oli kaksi eri kohde-ryhmää ja niistä tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui primääripreventiota saava ryhmä, koska toinen testiryhmä oli jo saanut diagnoosin sepelvaltimotaudista. (n=315)	Ryhmässä tapahtui merkittäviä muutoksia verrattuna kontrolliryhmään. Kokonaiskolesterolilaski, verenpaine laski, ravitsemus parani ja osallistujat saivat itsevarmuutta terveytensä suhteen.
2	Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Ylimäki, E-L. 2015.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata ja selittää sydän- ja verisuonisairauksien riskiryhmään kuuluvien lappilaisten elintapoja ja ohjausintervention vaikuttavuutta elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen.	Tutkimusaineisto kerättiin kolmessa vaiheessa vuosina 2007–2009: nollamittaus (n = 53) sekä seurantamittaukset kuuden kuukauden (n = 32) ja 12 (n = 34) kuukauden kuluttua.	Osallistujat hyötyivät ohjausinterventiosta, sillä elintavoissa tapahtui pieniä muutoksia terveelliseen suuntaan. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ohjausinterventioita
3	A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors The Bjoörknäs study. K. Eriksson, M., Westborg, C-J, Eliasson, M. 2006.	Tutkimuksen tarkoitus on arvioida elintapa intervention vaikutusta perusterveydenhuollossa. Kohteena potilaat joilla on kohtuullinen riski sairastua verisuonisairauksiin. Satunnainen kontrolloitu tutkimus, jossa yhden vuoden seu-	Tutkimukseen värvättiin 151 keski-ikäistä miestä ja naista(n=151), joilla oli joko korkea verenpaine, dyslipidemia, tyypin 2 diabetes tai ylipainoa. interventio-ryhmä (n=75) kontrolli-ryhmä (n=76)	Interventio-ryhmä sai aikaan suotuisia tuloksia. Verenpaine laski, BMI laski, vyötärön ympärys pieneni, kolesteroliarvot muuttuivat suotuisammiksi, maksimaalinen hapenottokyky parani, verenpaine laski ja aktiivisuus lisääntyi.

		ranta käynti, perusterveydenhuollossa Pohjois-Ruotsissa.		
4	Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. Drevenhor, E., Kjellgren, K., Bengtson, A. 2005.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia strukturoitua sairaanhoitajan interventio-ohjelmaa verenpaineen hoidossa.	177 (n=177) potilasta, Etelä-Ruotsissa, joilla todettiin korkea verenpaine heidän käydessään terveyskeskuksessa, kutsuttiin sairaanhoitajan ohjaukseen, korkean verenpaineen vuoksi. Ohjauksessa huomioitiin verisuonisairauksien riskitekijät ja lääkityksen hoito, 15 kuukauden seuranta-ajalla. Ei kotrolliryhmää.	Lopullisia osallistujia oli 100 (n=100). Keskimäärin systolinen verenpaine laski, kolme potilasta joilla oli liiallinen alkoholin käyttö, tunnistettiin, kaksi tupakoitsijaa lopetti tupakoinnin, kaksi uutta diabeetikkoa löytyi, fyysinen aktiivisuus lisääntyi ja yksi kolmesta potilaasta muutti lääkitystään.
5	The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation Persson, M., Friberg, F. 2008.	Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuvata kokemuksia terveyskeskusteluun osallistuneilta potilailta. Potilaille oli kerrottu terveystarkastuksen yhteydessä, että heillä oli suurentunut riski sairastua verisuonisairauksiin.	Terveyskeskusteluista kirjoitettuja seuloja, joita seurasi avoimet kysymykset. Yhdeksän tietolähdettä Skarborgin projektista osallistui. (n=9) Osallistujien kokemuksia kuvailtiin fenomenologisella analyysillä ja sillä myös visualisointiin tapaamisista saatu tieto.	Kolme teemaa nousi pintaan. 'Väistämätön viesti', 'Keskustelun sisällön reflektointi' ja 'Opettavainen kohtaaminen'. Alateemat osoittivat osallistujien merkityksen monipuolisuuden, koetut elämäkokemukset.
6	Effect of an intervention to improve the cardiovascular health of family members of patients with coronary artery disease: a randomized trial. Reid, R., McDonnell, L., Riley, D., Mark, A., Mosca,	Tämän Kanadalaisen tutkimuksen tarkoitus on tutkia elintapaohjauksen vaikutusta potilaisiin, joiden omaisilla on diagnosoitu sepelvaltimotauti, eli heillä on korkeampi riski sairastua	Tutkimukseen kutsuttiin mukaan 426(n=426) henkilöä, joiden perheenjäsenellä on sepelvaltimotauti. Sydän terveys interventioon pyydettiin puolisoita, sisarusia tai lapsia.	Tulokset arvioitiin 3kk ja 12kk kohdalla ja elintapaohjauksella oli suotuisia vaikutuksia elintapoihin, kuitenkin veren kolesterolitasoihin sillä ei ollut vaikutusta, eikä verenpaineisiin tai sokeriarvoihin.

	L., Beaton, L., Papadakis, S., Blanchard, C., Mochari-Greenberger, H., O'Farrell, P., Wells, G., Slovinec D'Angelo, M. Pipe, A. 2014.	verisuonisairauksiin.		Osallistujien elintavat paraniivat, he söivät enemmän hedelmiä ja vihanneksia ja fyysinen aktiivisuus lisääntyi.
--	---	-----------------------	--	--